Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

33 578 Eerstelijnszorg

Nr. 24

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG
Vastgesteld 21 april 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 17 maart 2016 overleg gevoerd over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2015 inzake signalering nieuwe dienstverlening in de huisartsenzorg (Kamerstuk 31 765, nr. 137);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 juni 2015 inzake eerstelijns verblijf en aanbieding van het advies voor de bekostiging van het eerstelijns verblijf van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 34 104, nr. 60);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2015 inzake vrije prijzen eerstelijnsdiagnostiek (Kamerstuk 33 578, nr. 16);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 juli 2015 inzake de uitkomsten van het tweede deel onderzoek zorginkoop eerste lijn (Kamerstuk 29 689, nr. 641);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 september 2015 ter aanbieding van de NZa monitor «Transities Eerstelijnszorg 2015» en tussenstand monitors en proces eerste lijn (Kamerstuk 33 578, nr. 17);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 oktober 2015 inzake de aanbieding van «Het roer gaat om», verbetering van de samenwerking in de huisartsenzorg (Kamerstuk 33 578, nr. 18);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 oktober 2015 inzake bereikbaarheid huisartsen (Kamerstuk 29 247, nr. 214);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2015 inzake het rapport goodwill bij huisartsen (Kamerstuk 29 282, nr. 234);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 oktober 2015 ter aanbieding van het rapport «Contracteerproces eerstelijnszorg» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 33 578, nr. 19);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2015 inzake de resultaten van het onderzoek**

kst-33578-24
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

naar de juridische mogelijkheden en beleidsmaatregelen die kunnen worden ingezet om goodwill bij huisartsen tegen te gaan (Kamerstuk 29 282, nr. 241);
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 januari 2016 inzake afwegingskader eerstelijns verblijf (Kamerstuk 34 104, nr. 100);**
- **de verzamelbrief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2016 inzake VWS-onderwerpen (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 155).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Voorzitter: Lodders
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Van Gerven, Lodders, Rutte, Voortman en Wolbert.

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**:
Welkom bij dit algemeen overleg. Het aantal sprekers is op dit moment nog beperkt, maar het zou mij niet verbazen als er straks nog mensen binnenlopen. Ik heet de Minister van harte welkom. Dat geldt uiteraard ook voor de ambtelijke ondersteuning. Ik heet de Kamerleden van harte welkom, en ook de mensen op de publieke tribune en de mensen thuis. We hanteren een spreektijd van vier minuten per fractie, met twee interrupties.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Voorzitter. Laat ik in dit overleg over de eerstelijnsgezondheidszorg dichtbij beginnen, namelijk bij de apotheekhoudende huisartsen. Die zijn soms noodzakelijk voor basale zorg dicht bij huis als een reguliere apotheek in de omgeving ontbreekt. Farmatec hanteert het vergunningsbeleid voor apotheekhoudende huisartsen soms zo strikt dat er situaties ontstaan die niet meer uit te leggen vallen, zoals in de huisartsenpraktijken in Arkel en Annen. Daar kunnen bewoners uit omliggende dorpen nog wel terecht in de apotheekhoudende huisartspraktijk, maar de patiënten in het dorp waarin de apotheek staat, niet. Zij moeten naar een dorp verderop. Ik vraag de Minister om de ruimte die er is binnen de wet, maximaal te benutten om te voorkomen dat er een bizarre situatie ontstaat in die dorpen. Ik wil dat het zo wordt geregeld dat we niet worden geconfronteerd met een vergunningenbeleid dat indruist tegen het gezonde verstand. Welke mogelijkheden ziet de Minister om de bestaande praktijk, die naar ieders tevredenheid bestaat, voort te zetten?
De bewindspersonen werken aan een sterke eerste lijn. Daarvan is de aanpak van eerstelijnsbedden een mooi voorbeeld. Vanaf 2017 moet de bekostiging vanuit de Zorgverzekeringswet rond zijn. Ondertussen wordt bekeken hoe de specialist ouderengeneeskunde goed in positie gebracht kan worden. De Partij van de Arbeid vindt dit een van de meest inspirerende ontwikkelingen in de eerste lijn. Waar ziet de Minister nu nog de grootste hobbels? Is er straks daadwerkelijk een samenhangend pakket, dat steeds iets zwaardere zorg beschikbaar maakt? Kan de Minister ook iets zeggen over de manier waarop zij de onderlinge samenhang en de samenwerking bevordert, bijvoorbeeld tussen huisartsen en de POH-ouderenzorg, die steeds vaker wordt ingezet, de wijkverpleegkundige en uiteindelijk de steeds meer naar voren werkende specialisten? Investeert VWS, de goede voorbeelden te na, ook in de verbreding daarvan? Hoe ziet het pad naar een landelijk dekkend aanbod eruit?
De beweging van de tweede naar de eerste lijn zien we ook in de substitutie, waar de Partij van de Arbeid een groot voorstander van is. De Partij van de Arbeid ziet de overheveling van de tweede naar de eerste lijn als een van de belangrijkste ontwikkelingen. Mijn partij ziet mogelijkheden voor grote verbetering en verduurzaming van de zorg dichterbij in die substitutie. In de monitor leken de eerste resultaten voorzichtig de goede kant op te gaan. Wat zijn de verwachtingen voor 2016 en ook voor 2017 en verder? Lopen nog steeds de grote samenwerkingsverbanden van huisartsen voorop? Of nemen er ook steeds meer eenpitters deel, toch de helft van het aantal huisartsen in Nederland? En hoe ziet de Minister het terug in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars? Gaat het budget ook daadwerkelijk van de tweede naar de eerste lijn? We kennen natuurlijk het voorbeeld van PlusPunt Medisch Centrum in Heerlen, maar hoe nu

verder? Ik hoor vaak dat er wordt gepraat, maar dat het heel weerbarstige materie blijft. Wat is er nog meer nodig?
In het dertigledendebat over de huisartsen hebben we gesproken over het contracteerbeleid in de eerste lijn. Wat betreft de Partij van de Arbeid kan er niet stevig genoeg gestuurd worden op goede contracteerpraktijken. Dit jaar moet dat beter gaan. Hoe gaan we dat straks zien? Is daar in juni al wat over te zeggen? Ook de meer regiospecifieke inkoop in de eerste lijn mag wat ons betreft stevig doorzetten. Wat mogen we van de Minister op dit punt verwachten? Heeft ze een goed beeld van de vorderingen van de regionale inkoop, van de pilots en van de proeftuinen? En is er een evaluatiemoment te verwachten in 2016?
Tot slot, want ik denk dat ik tegen het einde van mijn tijd loop. Er zijn zorgen over de inkoop van Ketenzorg Dementie. We horen van Alzheimer Nederland nog steeds alarmerende verhalen over de inkoop van casemanagers. Misschien kan de Minister daarop een reactie geven.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Voorzitter. We moeten zuinig zijn op de eerstelijnszorg, want die vervult een cruciale rol in de Nederlandse gezondheidszorg. Met de decentralisaties is de eerste lijn steeds meer een spil geworden in de langdurige zorg, bij het ontlasten van de mantelzorger en bij het ervoor zorgen dat mensen daadwerkelijk langer thuis kunnen blijven wonen. Daarnaast zorgen een goed functionerende eerste lijn en een substitutie naar de eerste lijn er ook voor dat voor veel mensen zwaardere zorg voorkomen wordt. Zij kunnen die zorg dan meer in de buurt krijgen. De eerstelijnszorg moet dus gekoesterd worden. Het is belangrijk dat zorgverleners in de eerste lijn die rol zo goed mogelijk kunnen invullen, en dat zij voor iedereen bereikbaar, benaderbaar en betaalbaar zijn. Daarvoor is het belangrijk dat in de eerstelijnszorg zo veel mogelijk wordt samengewerkt. In 2012 sloten de verschillende sectoren van de eerstelijnszorg het Pact van Garderen, met als doel de samenwerking en samenhang in de sector te vergroten. Dat vond GroenLinks een zeer belangrijk signaal: benader de eerste lijn als geheel, breng het onderlinge vertrouwen en de samenwerkingszin terug en stuur niet op meer concurrentie en wantrouwen. We moeten ons echt blijven richten op het terugbrengen en versterken van het vertrouwen.
Als je «eerste lijn» zegt, zeggen heel veel mensen «huisarts». Maar wat GroenLinks betreft is het belangrijk om te benadrukken dat eerstelijnszorg om meer gaat dan huisartsenzorg. Het afgelopen jaar is er met betrekking tot de huisartsenzorg al veel gebeurd, maar de problemen die de huisartsen aangekaart hebben, gelden breed in de eerstelijnszorg; niet alleen bij de huisartsen maar ook bij logopedisten, fysiotherapeuten, psychologen en nog veel meer eerstelijnsaanbieders. En juist uit die hoek krijg ik nog veel vragen, bijvoorbeeld van een logopedist uit Hoogeveen, die mij vraagt wat zij voor het akkoord met de huisartsen koopt. Voor haar is het namelijk al zo ver dat zij per behandelsessie 25 minuten met de administratie bezig is en maar vijf minuten voor haar patiënt overhoudt. Door de machtspositie van de zorgverzekeraar en door het contract, dat zij als een wurgcontract ervaart, kan zij daarin geen verandering brengen. De Minister schrijft dat zij heeft besproken of een proces zoals bij de huisartsen in gang is gezet, ook uitkomst kan bieden voor andere partijen in de eerstelijnszorg, maar dat het goed is om eerst te bezien welke uitkomsten van het huisartsentraject ook een oplossing bieden voor de bredere eerste lijn en daarna te bepalen waar aanvullend nog behoefte aan is. GroenLinks vindt dat te vrijblijvend, want het roer moet niet alleen in huisartsenzorg om, maar zo snel mogelijk eerstelijnszorg breed, zeker in die sectoren waar veel vrijgevestigden werken, zoals fysiotherapeuten, logopedisten en psychologen. Zij dreigen echt kopje-onder te gaan en daar worden hun patiënten de dupe van.

Zorgverzekeraars Nederland is voortvarend aan de slag gegaan voor wat betreft bureaucratie. Ik heb begrepen dat er mogelijk al voor 1 april afspraken gemaakt worden over het terugdringen daarvan, maar ik vraag de Minister toch om ook af te dwingen dat er in de hele eerstelijnszorg niet alleen gekeken wordt naar bureaucratie maar ook naar het gevoel, te moeten tekenen bij het kruisje. Om dat af te dwingen, zou de Minister ook voor de andere beroepsgroepen een akkoord moeten sluiten met vertegenwoordigers van die beroepsgroepen, met zorgverzekeraars en met patiëntenverenigingen. Graag hoor ik van de Minister hoe zij daarover denkt.

Een goede relatie tussen hulpverlener en patiënt is voor de hele eerste lijn belangrijk. Die is belangrijk voor de therapietrouw, voor de toegankelijkheid en voor vroege signalering. Hier is wat GroenLinks betreft nog een wereld te winnen. De apotheker speelt hierin een belangrijke rol. Daarom moeten mensen zelf hun apotheker kunnen kiezen. Het verbaast GroenLinks dan ook dat zorgverzekeraars, met name in budgetpolissen, mensen nog steeds naar internetapothekers verwijzen. Persoonlijk contact is in de apothekerszorg uitermate belangrijk, en niet alleen in het eerste contact. Wat vindt de Minister hiervan?

Tot slot. Taal mag geen barrière zijn. Met het oog op het grotere aantal asielzoekers dat een status zal krijgen en hier dus mag blijven, wordt dit waarschijnlijk de komende jaren ook in de zorg een groter probleem. Hoe staat het dus met de gesprekken tussen VWS en huisartsen over de inzet en de vergoeding van de tolkentelefoon? Is de Minister bereid om te bekijken of de vergoeding hiervan verbreed kan worden binnen de huisartsenzorg, maar ook binnen andere delen van de eerstelijnszorg? Wat is haar inzet? Op welke manier wordt aan huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners tegemoetgekomen op de zaken waar zij in de zorg voor statushouders tegenaanlopen?

De heer **Van Gerven** (SP):
Voorzitter. Mensen moeten steeds langer thuis blijven wonen. Daardoor neemt de druk op de eerstelijnszorgverleners toe. De huisarts wordt daarbij gezien als een soort oplossing voor alle kwalen, maar als er gaten in de praktijk vallen, is er een probleem. Wat vindt de Minister ervan dat slechts 50% van de eerstelijnsartsen aangeeft dat hun praktijk voldoende is voorbereid op patiënten met ernstige mentale problematiek of middelengebruik, dat vele artsen aangeven, niet voldoende voorbereid te zijn op patiënten met dementie, palliatieve zorg en langdurige zorg en dat slechts 42% van de praktijken routinematig de zorg coördineert met bijvoorbeeld de welzijnscollega's? Juist deze taken en deze groepen komen steeds meer bij huisartsen te liggen. Ook de praktijkondersteuning-ggz krijgt een steeds belangrijkere rol. Iedere praktijk moet één fulltimer POH-ggz hebben van de Minister, maar er wordt maar twaalf uur vergoed. Juist nu steeds meer patiënten de ggz uit moeten, neemt de druk op de huisarts toe en is een fulltime POH-ggz ontzettend belangrijk. Waarom wordt deze dan niet geheel gefinancierd?

Gebleken is dat mensen met een lager inkomen minder vaak naar de tandarts gaan, omdat dit niet meer wordt vergoed uit de basisverzekering. Hoe reageert de Minister op de peiling van Metro, dat 93% van de Nederlanders vindt dat tandartszorg terug moet in de basisverzekering? We willen toch niet dat we straks weer iemands achtergrond kunnen terugzien aan zijn gebit?

Dan goodwill. Dat willen we niet, maar de Minister wil het niet verbieden. Zij verschuilt zich daarbij achter juristen. Maar we hebben ons toch blauw betaald om de goodwill af te kopen? De huisartsen krijgen een vet pensioen. Hoe kan er dan toch nog sprake zijn van een vergoeding voor eigendomsrecht? Kan de Minister de zorgverzekeraars verplichten om geen contracten meer te sluiten met huisartsen die goodwill vragen? Hoe

staat het met de gesprekken over goodwill met de zorgverzekeraars? Wat laat de Minister de NZa precies onderzoeken?
De VGZ heeft nu contracten afgesloten met huisartsen, waarin deze een bonus krijgen als zij goedkope medicijnen voorschrijven. Wat vindt de Minister hiervan? Artsen zijn toch geen premiejagers? Het moet toch gaan om een intrinsieke motivatie en niet om een bonus?
Er zijn ons al twee petities aangeboden over het vreemde probleem dat huisartsen wel apotheek kunnen houden voor mensen buiten het eigen dorp, maar niet voor patiënten binnen het dorp. Het betreft Annen en Arkel. Linksom of rechtsom moet hiervoor een oplossing komen. Ik ben benieuwd welke oplossing de Minister hiervoor heeft.
Op 16 december gaf de Minister aan het advies van de NZa op te volgen en over te willen gaan tot het invoeren van vrije tarieven in de logopedie.

De **voorzitter**:
Voordat u verdergaat, er is een vraag van de heer Rutte over het vorige punt.

De heer **Rutte** (VVD):
De heer Van Gerven gaat in op de situatie in Annen en Arkel. Dat deed mevrouw Wolbert ook al. Het is ook een situatie die ingewikkeld is om uit te leggen, dat erken ik. De heer Van Gerven hield net ook een heel zwaar betoog over goodwill en huisartsen, dat het allemaal schandalig was en niet meer mocht. Is het niet zo dat juist rond de apotheekhoudende huisartsen een heel grote goodwill speelt en dat een vertrekkende huisarts, juist omdat hij apotheekhoudend is, hier heel erg zwaar goodwill kan cashen? Die discussie loopt onder water mee. Als dat zo is, vindt de heer Van Gerven dan nog steeds dat we door moeten gaan met apotheekhoudende huisartsen of moeten we dan toch voor een gewone apotheek kiezen in die dorpen?

De heer **Van Gerven** (SP):
De Geneesmiddelenwet is vrij duidelijk: het primaat ligt bij de apotheker. Maar er is een uitzondering gemaakt voor landelijke gebieden, waar nog enkele honderden huisartsen apotheekhoudend zijn. Ik ben voor een praktische oplossing. Het is niet uit te leggen dat mensen bij de huisarts terechtkunnen in het dorp verderop, maar niet in het eigen dorp. Dat moet opgelost worden. Natuurlijk spelen daarbij ongetwijfeld ook financiële belangen. Wij kennen niet alle details, maar wij moeten zorgen voor een praktische oplossing. Daarbij speelt de huisarts een rol, maar daarbij kan ook een apotheker een rol spelen. Ik vind dat het resultaat moet zijn dat linksom of rechtsom wordt gerealiseerd dat de mensen in die twee dorpen gewoon een apotheek hebben in het dorp zelf.
Voorzitter. Ik kom op de logopedie. De Minister zegt dat zij voor vrije tarieven is. Zij herinnert zich ongetwijfeld dat we ook de vrije prijzen hebben ingevoerd bij de fysiotherapie. Daar stegen de kosten in een jaar tijd met meer dan 10%. De bureaucratie nam enorm toe. Kan de Minister uitleggen wie daar beter van wordt? Waarom zouden we een logopedist op een andere wijze betalen dan de Minister? De Minister krijgt toch ook niet betaald op basis van het aantal aangenomen wetten? Wat is de stand van zaken als het gaat om de vrije prijsvorming bij de kindergeneeskunde in 2017? Heeft zij daar ook ideeën over? Laten we marktwerking en de Mededingingswet volledig uit de eerstelijnszorg halen. Het moet in de zorg gaan om samenwerken en niet om concurrentie. We zetten met Het Roer Moet Om de eerste stappen. Ik zou zeggen dat we nu moeten doorgaan. Ik vraag concreet om de apothekers eruit te halen en om vervolgens de zorgtaken van apothekers ook uit het eigen risico te halen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Voorzitter. Er was een hoop wrijving in het afgelopen jaar op het gebied van contractering bij de eerstelijnszorg, zoals door anderen ook is opgemerkt. Niet alleen de huisartsen maar ook vrijgevestigde fysiotherapeuten worstelden met de contracten die zij voorgelegd kregen. Voor een deel wordt er nog steeds geworsteld. Dit kwam terug in Het Roer Moet Om. Het is goed om te zien dat er hard wordt gewerkt om onnodige administratieve lasten terug te dringen en goede samenwerking en kwaliteit tot stand te brengen. Ik vraag aan de Minister hoe zij in de gaten houdt of die contractering dit jaar inderdaad soepeler verloopt en of er nu sprake is van een level playing field.
Mijn buurman sprak al over de goodwill. Ik citeer de brief van de Minister: «Ik vraag huisartsen dan ook geen goodwill te vragen, maar te kiezen voor de beste opvolger.» Dat klinkt heel mooi, maar de praktijk is anders. Een aantal maanden geleden heb ik meerdere jonge huisartsen gesproken die zelf allemaal te maken hadden gehad met de vraag naar goodwill bij de overname van een huisartsenpraktijk. De motie over het ontwikkelen van een haalbaar plan van aanpak om goodwill tegen te gaan is met een ruime Kamermeerderheid aangenomen. En nu zegt de Minister alleen dat zij geen wettelijk verbod op goodwillbetalingen wil implementeren vanwege mogelijke risico's voor de Staat. En dan komt zij met de suggestie dat verzekeraars contractafspraken maken. Is dat nou een haalbaar plan van aanpak? Het zal misschien wel haalbaar zijn, maar levert het wat op? Vindt de Minister dit een sluitende oplossing? Hoe verwacht zij dan dat verzekeraars dit vast gaan stellen? Welke consequenties zouden ze hieraan moeten verbinden?
We kregen vorig jaar maart de NZa-signalering over nieuwe dienstverlening in de huisartsenzorg. Nieuwe initiatieven, zoals CareToGo, komen hierin aan bod. De Minister zei dat zij met een uitgebreide reactie zou komen, maar die heb ik niet kunnen vinden. Zij gaf ook aan dat zij in Kwaliteit loont terug zou komen op nieuwe dienstverlening bij de huisartsenzorg. In Kwaliteit loont staat dat nieuwe prestatieomschrijvingen zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer vrijheid geven voor onderlinge afspraken. Hoe staat het daarmee? Komt de NZa voor de zomer met een nieuwe aanwijzing?
Er is al veel gezegd over de apothekerszorg. We willen natuurlijk zorg dicht bij huis regelen, maar we zien dat apotheekhoudende huisartsen soms geen nieuwe vergunning krijgen als deze verloopt, zoals in Annen en in Arkel. Hoe ziet de Minister deze situatie? Ik vind het wel heel belangrijk om steeds veel aandacht te hebben voor de kwaliteit van zorg. Gezien het feit dat apothekers in het afgelopen jaar ongeveer 10 miljoen fouten uit recepten hebben gehaald, denk ik dat je ook goed moet bekijken waar je apotheekhoudende huisartsen wilt.

De **voorzitter**:
Voordat u verdergaat ...

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Dit was ook uitlokking.

De **voorzitter**:
Er is een vraag van mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Een vraag ter verduidelijking. Ik heb begrepen dat zowel apothekers als apotheekhoudende huisartsen grotendeels aan dezelfde eisen moeten voldoen. Waar zit de zorg van mevrouw Dijkstra dan in?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
De zorg zit erin dat de apotheker een heel lange opleiding achter de rug heeft, die heel erg specialistisch is, en dat deze ook in staat is om met een andere blik naar de recepten te kijken. De huisarts verkeert in de situatie dat hij iets voorschrijft. Hij heeft met de patiënt te maken en heeft minder een helikopterblik. Ik denk dat dit een heel belangrijke rol is van de apotheker als zorgverlener.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Maar het is toch belangrijk dat mensen in een dorp goede toegang tot zorg krijgen? We willen de eerstelijnszorg versterken. Als een oplossing de ene kant niet op kan, moet je toch kijken naar wat wel mogelijk is? Het lijkt er nu op dat mevrouw Dijkstra dat uitsluit.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Dan heeft mevrouw Bruins Slot niet goed naar mij geluisterd. Ik heb benadrukt dat ik kwaliteit belangrijk vind. Dat is belangrijk voor D66. Ik ben het er helemaal mee eens dat je op witte plekken helemaal niet zonder apotheekhoudende huisartsen kunt. De vraag is in hoeverre het hier echt gaat om een witte plek en of er mogelijkheden zijn met apotheken die thuisbezorgen vanuit buurgemeenten. Ik vraag aan de Minister of zij denkt dat dit voldoende oplevert. Ziet zij ook de problemen die gesignaleerd zijn door de bewoners van Annen en Arkel? Hoe wil zij daarmee omgaan?
Voorzitter. Ik was gebleven bij de fysiotherapie. Het Zorginstituut is glashelder. Fysiotherapie voor bijvoorbeeld etalagebenen is wetenschappelijk bewezen en levert 21,5 miljoen op. Dat gaat ook op voor andere chronische aandoeningen zoals reuma. Het Zorginstituut komt met een algemene visie over fysiotherapie in het basispakket, maar we weten nog niet wanneer. Kan de Minister erop aandringen dat dit advies eerder komt? Anders zouden wij bij het basispakket pas een stap kunnen zetten in 2018.
Samen met de SGP heeft D66 bij de begrotingsbehandeling een motie ingediend over de landelijke uitrol van verpleegkundige topzorg, als we praten over substitutie. Maar wat blijkt? Om aan te tonen dat die verpleegkundige topzorg echt een besparing oplevert, moet je onderzoek doen. Het is een beetje een vicieuze cirkel. Dan moet je financiering hebben voordat je onderzoek kunt doen. Je hebt onderzoek nodig om aan te tonen dat je dat geld ook echt waard bent. Ziet de Minister mogelijkheden om hierbij te ondersteunen? Er valt overigens heel wat over dit project te zeggen.

Ten slotte. Ook mijn fractie hoort graag hoe de Minister aankijkt tegen de tandartsenzorg voor kwetsbare groepen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter. Het CDA vindt het van belang dat er goede zorg is voor mensen die uit bijvoorbeeld het ziekenhuis komen en nog niet thuis kunnen blijven. Zij zijn te goed voor het ziekenhuis, maar te slecht voor thuis. Die zorg en ondersteuning moeten goed geregeld zijn. Het CDA hoort de laatste tijd op werkbezoeken dat dit in de praktijk nog niet altijd even goed loopt. Het is vaak nog zoeken. Er is soms geen plek voor mensen beschikbaar, waardoor zij toch naar huis moeten, terwijl zij daar eigenlijk nog te afhankelijk voor zijn. Mijn vraag aan de Minister is of zij deze signalen ook krijgt en wat zij hieraan kan doen. Er is nu nog een subsidieregeling voor het eerstelijnsverblijf, waar het hier om gaat. In de brief die wij hebben ontvangen van Zorgverzekeraars Nederland, staat dat er voor 1 april duidelijkheid moet zijn over alle randvoorwaarden. Hoe staat het met al die randvoorwaarden? Gaat het voor 1 april lukken?

In de afgelopen jaren bleek er steeds meer geld nodig te zijn om voldoende zorg en mensen te leveren voor eerstelijnsverblijf, omdat er een grote vraag was. In 2015 is het budget met 33,5 miljoen verhoogd en in 2016 met 42 miljoen. Mijn vraag aan de Minister is om welke reden die verhoging heeft plaatsgevonden. Hebben we verkeerd ingeschat hoe groot de vraag zou zijn of zijn er veel meer mensen die thuis blijven wonen? Hoeveel middelen gaan er per 1 januari 2017 over?
Er is door meerdere collega's gesproken over de goodwill van de huisartsen. Het CDA vindt het betalen van goodwill in de huisartsensector een zeer ongewenste ontwikkeling, zeker omdat de overheid eerder met het geld van de belastingbetaler de goodwill van de huisartsen heeft afgekocht. De Minister vindt dat gelukkig ook, maar zij is op basis van juridisch onderzoek tot de conclusie gekomen dat een wettelijk verbod op goodwillbetalingen in de huisartsensector «omvangrijke financiële risico's voor de Staat met zich zou brengen». Het is maar een klein zinnetje in de brief, maar ik zou daar graag meer uitleg over willen krijgen. Hoe groot zijn die financiële risico's? Wanneer gaan die ontstaan?
Over de apotheekhoudende huisartsen in Annen en Arkel hebben de PvdA, de SP en D66 al het nodige gezegd. We hebben deze inderdaad de afgelopen week op bezoek gehad in de Tweede Kamer. Doordat er een vergunning was voor die apotheekhoudende huisartsen konden een heleboel mensen in hun eigen omgeving goede apothekerszorg krijgen. Zij geven aan dat in de nieuwe situatie de mensen uit het dorp niet meer naar de apotheekhoudende huisarts kunnen, maar uit de omliggende dorpen wel. Dat is een onlogische situatie. Kan de Minister nog eens helder uitleggen hoe dit komt? Welke mogelijkheden ziet zij om een gezondverstandoplossing te bereiken? Deze vraag is door meerdere collega's gesteld.
Dan kom ik bij de huisarts. De huisarts is de spin in het web als het gaat om eerstelijnszorg, de zorg in de buurt. Het is van groot belang dat hij zijn werk goed kan doen. Bij de overheveling van de zorgtaken zie je dat de huisarts meer het profiel heeft van het schaap met de vijf poten. Er komen meer ouderen in de praktijk. Er is een belangrijke rol voor hem weggelegd bij de geestelijke gezondheidszorg. De samenwerking met de wijkteams is ontzettend belangrijk geworden. Zo kan ik nog wel het een en ander noemen. Heeft de Minister er zicht op hoe de huisarts al deze rollen volwaardig kan invullen? Het is een behoorlijke opdracht die hij de komende jaren heeft.
Ik zal nog kort ingaan op twee punten. Allereerst de logopedisten. Je ziet dat de logopedisten een harde dobber hebben aan de contractering. Waarom? In de afgelopen jaren zijn de maximumtarieven verhoogd door de NZa, maar de tarieven voor de logopedisten zijn niet omhoog gegaan. De NZa schrijft dat een aantal principes van good contracting in de wet worden vastgelegd. Dat kan misschien een houvast vormen voor eerlijke en gelijkwaardige onderhandelingen voor de logopedisten. Biedt dit uitkomst volgens de Minister? Kortheidshalve sluit ik mij aan bij de vraag van GroenLinks of de internetapotheken en de budgetpolissen wel gewenste ontwikkelingen zijn voor kwetsbare ouderen, die vaak veel geneesmiddelen hebben en niet makkelijk advies kunnen vragen.

De heer **Rutte** (VVD):
Voorzitter. We leven in een vergrijzende maatschappij, waarin de rol van de eerstelijnszorg steeds belangrijker wordt, zoals door eerdere sprekers ook is opgemerkt. Die eerstelijnszorg kan steeds meer, maar daardoor verwachten we ook steeds meer. In de eerste lijn vinden heel bijzondere en mooie projecten plaats, vooral voor kwetsbare ouderen. Ik noem als voorbeeld de praktijk voor ouderengeneeskunde Bertholet in Velp. Dat is echt een inspirerend voorbeeld hoe ouderen met een heel complex ziektebeeld langer thuis kunnen blijven wonen. Dan wordt voorkomen dat zij keer op keer met een nieuwe aandoening naar het ziekenhuis worden

gestuurd, waar de specialist ook niet weet wat hij ermee moet, omdat de totale problematiek zo ontzettend complex is. Er zijn ook mooie projecten van Achmea, met gerichte inzet van verpleegkundigen op het gebied van ouderengeneeskunde.

De VVD zou graag zien dat dit soort projecten structureel worden geïntegreerd in de zorg; met de patiënt als uitgangspunt en niet de bekostigingssystematiek. Dat neemt niet weg dat adequate en kosteneffectieve bekostiging essentieel is om dit waar te kunnen maken. De voorkeur van de VVD gaat uit naar bekostiging binnen één stelsel, namelijk dat van de Zorgverzekeringswet. Wij zijn er dan ook voorstander van om de specialist ouderengeneeskunde te bekostigen via de Zorgverzekeringswet. De Minister heeft al eerder gezegd dat zij daar later dit jaar op terug zal komen, maar ik wil hier nog eens bevestigen dat wij dat belangrijk vinden.

Ook het eerstelijnsverblijf zou in principe gewoon in de Zorgverzekeringswet bekostigd moeten kunnen worden. Dat kan eigenlijk alleen als er dan ook gericht substitutie plaatsvindt van de zorg in de tweede lijn naar dit soort oplossingen in de eerste lijn. Anders worden er wel kosten gemaakt, maar houden de partijen in de tweede lijn niet op met zorg te leveren. Is het mogelijk om daar gericht op te sturen? Zo ja, hoe gaat dat dan in zijn werk? Of kiest de Minister nu juist voor tweezijdige financiering, enerzijds in de Zorgverzekeringswet en anderzijds met een subsidieregeling voor extramurale behandeling, omdat sturing op substitutie anders niet goed mogelijk is? Hoe kan dit volgens de Minister het beste vorm worden gegeven?

Over substitutie is ook door andere woordvoerders gesproken. Je ziet dat dit steeds meer vorm krijgt. Dat is heel goed, maar als we goede en betaalbare gezondheidszorg voor een steeds oudere populatie willen behouden, is het essentieel dat dit meer vaart krijgt. Om dit handen en voeten te kunnen geven is het essentieel dat verzekeraars meerjarige afspraken met ziekenhuizen gaan maken over omzetreductie. Alleen dan kunnen ziekenhuizen daar gericht in participeren. Er zijn goede voorbeelden, zoals het ziekenhuis Bernhoven in Uden en het ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk, maar dat zijn eigenlijk nog uitzonderingen. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat dit soort voorbeelden geen uitzonderingen meer zijn maar de norm worden? Is de Minister bereid dit aan te kaarten in het bestuurlijk overleg met de zorgverzekeraars? De bal ligt bij hen, maar niet alleen bij de verzekeraars, want ziekenhuizen zullen ook moedige stappen moeten zetten om gericht zorg, en daarmee omzet, los te laten. Op dit moment wordt de verantwoordelijkheid voor substitutie eigenlijk vooral bij de huisarts neergelegd. Hij kan dat onmogelijk alleen. Hoe zorgen we ervoor dat dit een gedeelde verantwoordelijkheid wordt van zowel de eerste als de tweede lijn? Wat de VVD betreft maakt de Minister dit tot inzet van een volgend hoofdlijnenakkoord met de eerste en de tweede lijn en de zorgverzekeraars. Daarmee was zij eerder heel succesvol. Is zij daartoe bereid?

Ik moet wat opschieten, zie ik, dus ik sla een blokje over bereikbaarheid van huisartsen over. Er gebeuren goede dingen op dat gebied. Hulde daarvoor.

Dan kom ik bij de tandarts. Alleen de mondzorg tot 18 jaar valt onder de basisverzekering en alle andere mondzorg is eigenlijk particulier. De SP heeft daar net ook wat over gezegd. De VVD denkt daar anders over. Zij vindt het op zich heel goed dat dit privaat verzekerd wordt. Er is wel wat vreemds aan de hand. Die hele zorg is toch 100% gereguleerd, of die nou in de basisverzekering zit of er helemaal buiten, qua codes en tarieven. Er zit geen speelruimte in. Ik snap dat ook wel. We hebben een experiment gehad met vrije prestaties en dat pakte niet zo fraai uit. Ik verzoek de Minister toch om de tandarts net zo veel experimenteerruimte te geven als de huisarts heeft, om aan innovatie te kunnen doen. Het is nu zo dat als een tandarts een andersoortig, beter, maar duurder implantaat wil

geven aan een patiënt, dat niet kan en niet mag. Die overregulering staat innovatie in de weg, denkt de VVD.

De heer **Van Gerven** (SP):
Dat de SP en de VVD op tal van terreinen van mening verschillen, is geen nieuws. Ik leg de heer Rutte de vraag voor of het niet een probleem is dat mensen uit een bepaalde bevolkingslaag om bepaalde redenen minder tandzorg gebruiken en minder naar de tandarts gaan dan bijvoorbeeld hoger opgeleiden. Zouden we daar niet als de wiedeweerga iets aan moeten doen?

De heer **Rutte** (VVD):
Het is verstandig als mensen regelmatig naar de tandarts gaan voor controle. Dat voorkomt heel veel extra kosten. Ik raad iedereen aan om dat te doen. De tandartskosten die die mensen maken, zijn over het algemeen ruim minder dan de kosten die zij maken voor de kapper. Ik denk dat mensen die niet naar de tandarts gaan, daarin de verkeerde keuze maken.

De heer **Van Gerven** (SP):
Dit is gewoon een belachelijke vergelijking. Of je naar de kapper gaat of niet, heeft niets te maken met gezondheidszorg. Misschien wel met appreciatie van korter of langer haar, of je wel of niet naar de kapper gaat, dat zou kunnen. Maar we zien hier toch een tweedeling waar iedereen schande van spreekt. De mensen die ik heb gesproken, zeggen dat het eigenlijk niet zo moet zijn dat je aan iemands gebit kunt zien uit welke bevolkingslaag hij komt. We wensen iedereen een goed gebit toe. Overigens wisten de slavenhandelaren in de negentiende eeuw het al: een goed gebit is goud waard, om nog maar even een vergelijking met het verleden te maken. In de Metro staat dat 93% van de mensen zegt: doe het maar gewoon in het pakket, om te voorkomen dat mensen niet naar de tandarts gaan. Waarom vindt de VVD dat geen goed idee?

De heer **Rutte** (VVD):
Laten we het maar niet over belachelijke vergelijkingen hebben, met de term «slavenhandel». Dat wil ik verre van mij houden. Pakketdiscussies zijn best complex, met vragen als: wat stop je in het pakket, wat verzeker je voor iedereen en wat laat je mensen zelf betalen? Als je het pakket uitbreidt, stijgt daarmee ook de premie en dat heeft ook weer consequenties. Daar moeten we heel zorgvuldig over nadenken. De VVD denkt dat met reden in het verleden al besloten is dat de mondzorg voor volwassenen buiten het basispakket kan blijven. Die laat zich heel goed aanvullend tegen een betaalbare prijs verzekeren. Of mensen betalen het zelf. Mondzorg is niet duur. De vergelijking die ik net maakte, klopt gewoon qua bedrag. De VVD vindt in principe dat die vormen van zorg die mensen zelf kunnen betalen, niet thuishoren in het basispakket. Dan blijft over dat mensen weleens verkeerde afwegingen maken, door niet naar de tandarts te gaan. Dan is het heel makkelijk om te zeggen dat het door de kosten komt. Het zou ook heel goed kunnen dat dit komt doordat mensen gewoon niet gaan. Dat is onverstandig en dat zouden zij niet moeten doen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik kom toch even terug op die kapper. Denkt de heer Rutte werkelijk dat het de groep mensen die elke week naar de kapper gaat, is die niet naar de tandarts gaat vanwege het geld? Nee, natuurlijk niet. Het gaat om mensen die al weinig geld hebben. Zij zien vaak af van zorg. De zorgmijding neemt toe door het eigen risico en doordat zaken uit het pakket zijn gegaan. De tandzorg is daar een onderdeel van. Zou het om voor iedereen gelijke kansen te bieden toch niet goed zijn om dan maar eens af te stappen van je eigen principe dat tandzorg niet in het pakket

hoort en gehoor te geven aan wat negen van de tien Nederlanders vindt; dat tandzorg wel in het pakket hoort, dat het een vorm van beschaving is? Daarvoor zou men een premieverhoging accepteren, want die is terecht, zoals de heer Rutte zegt.

De heer **Rutte** (VVD):
Mensen zeggen vaak makkelijk: stop maar in het pakket. Dan lijkt het gratis, maar het is niet gratis. Als we het pakket uitbreiden, dan stijgt de premie en dan neemt ook de zorgconsumptie vaak toe. Dat heeft best forse consequenties. Het is wikken en wegen, elke keer opnieuw. Pakketdiscussies zijn altijd heel makkelijk als je geen oog hebt voor financiële consequenties in het algemeen en daar wat minder verantwoordelijkheid voor neemt. Dan is het heel makkelijk om te zeggen: stop maar in het pakket. Als je die verantwoordelijkheid wel voelt, zoals de VVD, is het heel moeilijk om de balans te vinden. Dat zijn heel moeilijke wegingen. Ik zie geen reden om dat deel van de zorg, de tandzorg, die heel goed, laagdrempelig, betaalbaar, particulier te verzekeren is, of anders particulier te betalen, ook in het basispakket te stoppen. Ik weet dat de SP daar anders over denkt. Ik snap dat ook, maar we zullen het daar niet over eens worden.

De **voorzitter**:
Afrondend, mijnheer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):
De samenleving weet heel goed dat je er premie voor moet betalen als je iets in het pakket stopt. Als we dat collectief doen, kunnen we iedereen fatsoenlijk helpen. Ik denk dat een goed gebit voor iedereen goud waard is. Dat zou ook de VVD zich moeten aantrekken.

De **voorzitter**:
Ik hoor geen vraag.

De heer **Rutte** (VVD):
De mondzorg is al in 1995 uit het basispakket gehaald. Het is al een heel oude discussie, die niets met dit stelsel te maken heeft. Het is al meer dan twintig jaar geen onderdeel van de verzekerde zorg. Dat heeft met deze reden te maken, dat je een afweging moet maken wat je echt collectief moet verzekeren. Daarover ben ik het eens met de heer Van Gerven. Er is heel veel zorg die je collectief moet verzekeren, omdat mensen die absoluut niet zelf kunnen betalen. Daar staat de VVD ook voor. Dat basispakket kleden we niet uit. Dat vinden we van belang, maar om er zomaar dingen in te stoppen die mensen wel zelf kunnen betalen, of heel makkelijk zelf kunnen bijverzekeren, dat doen wij bij voorkeur niet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik hoorde de VVD zonet zeggen dat laagdrempelige zorg in het basispakket hoort. Dat lijkt mij inderdaad logisch. Dat is ook de reden waarom de huisarts en de verloskundige in het basispakket zitten. Dat zou dan toch ook moeten gelden voor de tandarts? De VVD zegt dat financiën een heel belangrijk aspect zijn, maar als je weet dat mondproblemen kunnen leiden tot andere gezondheidsproblemen, dan is het ook in financieel opzicht toch heel erg dom om dat niet in het basispakket te stoppen?

De heer **Rutte** (VVD):
Er is alle reden voor om een huisarts, als toegangspoort richting de verder gespecialiseerde zorg, in het basispakket te hebben. Over die tandartszorg kan ik weer hetzelfde verhaal houden als daarnet. Wij vinden dat die betaalbaar is en beschikbaar voor iedereen. Daar kun je wel degelijk naartoe. Dat is niet een onmogelijke financiële drempel om te nemen.

Echt niet. Daarom vinden we dat de tandarts niet in het basispakket moet, op grond van de weging die je moet maken tussen wat je collectief moet verzekeren en wat je aan mensen zelf kunt overlaten.

De **voorzitter**:
Afrondend, mevrouw Voortman.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Dat was niet mijn vraag. Ik zei dat mondproblemen kunnen leiden tot andere gezondheidsproblemen en dus tot andere kosten in de zorg. Als het voor de VVD een puur financiële afweging is, dan zou je de tandarts toch ook in het basispakket moeten stoppen, om die kosten te voorkomen?

De heer **Rutte** (VVD):
Er zijn altijd heel veel verhalen dat kosten elders worden voorkomen, als u dit nou maar vergoedt. Dat is soms waar, maar je weet één ding, namelijk dat je die kosten maakt, en de besparing elders moet nog maar blijken. Los daarvan ben ik het met iedereen eens die zegt dat het verstandig is dat mensen gewoon naar de tandarts gaan. We hebben ook niet gezegd dat zij dat niet moeten doen. Dat kan in Nederland. Dat is toegankelijk voor iedereen en dat is ook betaalbaar voor iedereen, daar ben ik van overtuigd.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Voorzitter. In de afgelopen jaren is er veel geïnvesteerd in een sterkere eerstelijnszorg. Zo kregen de huisartsen extra groeiruimte voor substitutie, vernieuwing en het belonen van uitkomsten. Op verzoek van de Kamer zijn verschillende onderzoeken in gang gezet, die vandaag ook op de agenda staan. De NZa concludeert dat de contractering voor 2015 met meer wrijving gepaard is gegaan dan in andere jaren. Iedereen heeft dat ook kunnen zien met de actie van de huisartsen, Het Roer Moet Om. Gelukkig worden er nu veel goede stappen gezet en het roer gaat om, ook op andere gebieden in de eerstelijnszorg. Ik kreeg gisteren nog een mail van een apotheker die ziet dat er merkbaar stappen worden gezet. Ik zie ernaar uit dat de contractonderhandelingen ook echt zichtbaar gaan veranderen. Te vaak ontbreekt het aan goede communicatie en een echt gesprek. Zorgaanbieders hebben behoefte aan meerjarige contracten. Zorgverzekeraars gaan daarin mee, maar zij stellen aanvullende eisen. Is het wel terecht dat zorgaanbieders allemaal extra vinkjes achter hun naam moeten hebben staan om überhaupt in aanmerking te komen voor meerjarige contracten? Ik denk dat het omgekeerde geldt. Zodra zorgaanbieders een meerjarig contract krijgen, hebben ze meer rust en ruimte om extra te investeren. Ziet de Minister dat ook zo? Hetzelfde geldt voor de pluscontracten. Hoe terecht is het dat zorgverzekeraars de voorwaarden bepalen voor aanbieders om wel of niet in aanmerking te kunnen komen voor pluscontracten?
Ik ben blij dat er ook onderzoek is gedaan naar de goodwill in de huisartsenpraktijk. Met het rapport in de hand is helder dat het niet ondenkbaar is dat de betaling van goodwill ten koste gaat van kwaliteit. De Minister is niet hoopvol over juridische mogelijkheden om goodwill tegen te gaan. Welke mogelijkheden zijn er nog wel om de ontwikkelingen rond de goodwill te stoppen? Wanneer ontvangt de Kamer het nader juridisch rapport? Aan de zorgverzekeraars is gevraagd om via contracten met huisartsen de goodwill uit te bannen. Ik vind dat niet onlogisch, maar ik deel ook wel de aarzelingen. Toezicht en handhaving zijn niet primair taken voor de zorgverzekeraars. Graag een reactie van de Minister.
Een goed georganiseerde eerste lijn is van groot belang voor onze dementiezorg. Wanneer er tijdig wordt gediagnosticeerd, krijgen mensen ook op tijd de juiste zorg en kunnen zij langer thuis wonen. Soms duurt

het meer dan een jaar voordat de diagnose is gesteld. Op welke wijze wordt er geïnvesteerd in deze diagnostiek? Hoe zit het met de mobiele geriatrische teams? Zij zijn van groot belang om patiënt en huisarts bij te staan wanneer steeds meer kwetsbare ouderen thuis wonen. Eind vorig jaar kreeg de Kamer het bericht dat deze teams tussen wal en schip vallen bij de contractering. Graag een reactie.
Voor de zomer wordt de Kamer uitgebreid geïnformeerd over de voortgang bij de overheveling van het eerstelijnsverblijf naar de Zorgverzekeringswet. Vorige week heb ik in het debat met de Staatssecretaris aandacht gevraagd voor de kwetsbare schakels tussen thuis, tijdelijk verblijf, ziekenhuis en vice versa. De Staatssecretaris is nu met alle sectoren in gesprek over het uitvoeren van een aantal pilots om de keten te verbeteren. Zijn deze trajecten van de Minister en de Staatssecretaris wel goed op elkaar afgestemd?
Ik sluit mij aan bij degenen die hebben gesproken over fysiotherapie in het basispakket, met name voor chronisch zieken.
Mijn laatste opmerking, gezien de tijd, betreft de apothekerszorg. Er is veel veranderd bij de bekostigingsstructuur van de zorg die wordt geleverd door apothekers. Helaas wil de Minister de taak van de apotheker niet uitsluiten voor het eigen risico. Ik merk dat dit niet uit te leggen is aan patiënten. Het eigen risico is bedoeld om mensen te stimuleren tot een zinnig en zuinig gebruik van zorg, maar het gaat hier om medicatieverstrekking op recept van de huisarts. Dan geldt dat argument niet. De medicatiebeoordeling is inderdaad veelal voor mensen die het eigen risico wel vol maken, maar mensen zelf ervaren dat aan het begin van het jaar heel anders, als hun eigen risico nog niet vol is. Ik hoop dan ook dat de Minister haar standpunt wil heroverwegen.

De **voorzitter**:
Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van de eerste termijn van de Kamer. We zullen tien minuten schorsen en daarna overgaan tot de beantwoording van de Minister.

De vergadering wordt van 10.44 uur tot 10.55 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Ik geef de Minister de gelegenheid voor haar beantwoording in eerste termijn. Met de leden spreek ik af dat ik twee interrupties zal toestaan.

Minister **Schippers**:
Voorzitter. In 2030 is een kwart van onze bevolking 65-plus en hebben naar schatting zo'n 7 miljoen mensen een chronische aandoening. Die mensen willen zo lang mogelijk zelfredzaamheid. Zij willen zo lang mogelijk aan het werk blijven. Zij willen weer aan het werk komen. Zij willen mobiel zijn. Kortom, ook die mensen die oud of chronisch ziek zijn, willen zelf aan het roer blijven in hun leven. Zij willen zo veel mogelijk kwaliteit van leven behouden en zo lang als het gaat, thuis, in hun eigen vertrouwde omgeving blijven wonen. Dat leidt tot een toenemende, veranderende zorgvraag, die ook iets vraagt van de manier waarop we in Nederland de zorg hebben georganiseerd.
In overleg met alle mensen die daar dagelijks aan werken, zijn er belangrijke stelselwijzigingen doorgevoerd, zoals de overheveling van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet, de decentralisaties naar de gemeenten en de invoering van een nieuw bekostigingsmodel voor de huisartsen. Daardoor is alles bij elkaar gebracht en klaargezet, zodat het maximaal zou kunnen werken, maar het is niet zo dat als je dat net gedaan hebt, alles en iedereen elkaar meteen goed weet te vinden. Hoe werkt dit nu uit in de praktijk? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat dit zich zo snel mogelijk gaat zetten? Dat zijn de vragen waar wij nu mee bezig zijn.

De complexer wordende patiëntenpopulatie vraagt ook om meer samenwerkingsafspraken tussen professionals in de eerstelijnszorg, in het ziekenhuis, bij de gemeenten, bij de sociale wijkteams, bij de wijkverpleegkundigen en de huisartsen; ook over een POH-ggz of een POH-ouderen of een fysiotherapeut. Zo kan ik nog wel even doorgaan. Zij hoeven niet allemaal in één gebouw te zitten, maar door te werken in een netwerk rondom de patiënt kan de zorg zo goed mogelijk worden aangeboden. Dat is ongelofelijk belangrijk. Nieuwe technologische mogelijkheden kunnen ons helpen als het gaat om de zelfredzaamheid van mensen die chronisch ziek zijn, bijvoorbeeld doordat zij zelf metingen kunnen uitvoeren in plaats van dat zij daarvoor naar het ziekenhuis moeten. Er kan op andere manieren contact worden gezocht met hulpverleners en professionals dan dat je daar naartoe moet. Ik ben ervan overtuigd dat we steeds meer zullen zien dat de zorg naar de patiënt komt in plaats van dat de patiënt naar de zorg gaat.
Ik vind het mooi om te zien dat hier door veel professionals in de dagelijkse praktijk aan wordt gewerkt en dat die versterking van de eerste lijn in heel Nederland een grote vlucht neemt. Ik noem twee voorbeelden, omdat het onmogelijk is om alles te noemen wat er is. De Kamerleden gaan ook op werkbezoek en ik open regelmatig allerlei nieuwe, inspirerende initiatieven. In de Achterhoek draaien huisartsen samen met een dermatoloog spreekuur, zodat de patiënt niet meer naar het ziekenhuis hoeft. Dat is leerzaam voor de betrokken artsen en er zijn minder verwijzingen nodig. In Brabant worden kwetsbare ouderen geïnventariseerd en besproken door een multidisciplinair team en dan wordt er een behandelplan opgesteld dat echt aansluit bij wat de patiënt nodig heeft. Daardoor is de zorg al afgestemd en werkt iedereen met hetzelfde plan. Dit zijn maar twee voorbeelden, maar er zijn er nog veel meer. Ik denk dat we in de praktijk wel zien dat we op de goede weg zijn, maar dat we er nog niet zijn. Dit is echt een veld dat ontzettend in beweging is. Niet alleen de professionals zijn in beweging, maar de patiënten zelf ook. Je ziet dat we heel veel hebben veranderd. De wijkverpleging is bijvoorbeeld veel meer de wijk in getrokken. Er zijn veel meer verantwoordelijkheden bij de wijkverpleging gelegd. De bekostigingen zijn aangepast.
We hebben ook het eerstelijnsverblijf nog. Het eerstelijnsverblijf zit momenteel in de subsidieregeling op grond van de Wlz. Het voornemen is om dit over te hevelen per 2017. Hierbij gaat wel de inhoud voor de datum. Ik wil dat het gewoon goed geregeld is. Dat alle partijen er hun schouders onder zetten vind ik belangrijker dan de datum op zich. Uitstel als dat niet nodig is, vind ik echter ook zonde, want het eerstelijnsverblijf is onderdeel van de eerste lijn. Als dat in de Zorgverzekeringswet zit, kun je met elkaar nieuwe verbanden leggen die nu niet mogelijk zijn. Ik ben er nog niet uit of die overheveling per se per 2017 moet. Ik zal wel heel snel besluiten of we daar echt op blijven mikken. Ik vind het heel belangrijk dat we dat op een goede manier doen.
Door verschillende woordvoerders is gesproken over het traject dat we met de huisartsen hebben doorlopen en het traject dat inmiddels met andere eerstelijnspartijen loopt. Dit traject is er niet alleen voor de huisartsen, maar we zijn ook met andere partijen in de eerste lijn bezig. Allereerst is de bureaucratie aangepakt, omdat dat het grootste probleem was, en de grootste ellende. Het was dus belangrijk om daarmee te beginnen. De ACM (Autoriteit Consument & Markt) heeft uitspraken gedaan en uitgangspunten gepubliceerd voor het toezicht in de eerste lijn, dus geen uitgangspunten alleen voor huisartsen. Dat betekent dat de aanpassingen die de ACM heeft gedaan in haar toezicht, ook van toepassing zijn op de logopedisten, de fysiotherapeuten, de psychotherapeuten en de apothekers.
Als er nieuwe samenwerkingsverbanden zijn waarvan de ACM zich afvraagt of zij wel kunnen, volgt er geen boete maar een gesprek over vragen als: wat doet u, met welk perspectief, is dat in uw belang of in het

belang van de patiënten? Als de ACM twijfelt of dat in het belang is van de patiënten of van de aanbieder, volgt er niet een boete maar wordt er gekeken hoe het dan wel kan. Dat is een andere manier van toezicht houden. Het is een veel prettigere manier van met elkaar omgaan. Daardoor hoeft men veel minder kopschuw te zijn om eens nieuwe dingen uit te proberen, want dat willen we nu juist graag. Daarom ben ik ook blij dat de toezichthouder hierin een positieve rol speelt, niet alleen bij de huisartsen, maar ook bij de rest van de eerstelijnszorg.
Ook de good contracting practices zijn ongelofelijk belangrijk. De NZa is als een van de partijen daarmee bezig. Het gaat dan om een heldere tijdlijn voor contractering, uniforme bepalingen in de contracten en om wat je wel of niet mag in de omgang. Hoe houden wij elkaar aan fatsoensregels, om netjes met elkaar om te gaan, met voorspelbaarheid? Die vragen staan ook in de etalage.
Er wordt momenteel hard gewerkt om de afspraken verder uit te werken, ook nog steeds met de huisartsen, want daarmee zijn we niet gestopt. Ik heb het idee dat het bij bureaucratie zo is dat als je even niet kijkt, het aanjongt. Je zult moeten bekijken hoe je dat in de hand houdt. Er is altijd een goede reden om een formulier te ontwikkelen en het kost veel meer moeite om dat weer af te schaffen. Met de huisartsen zijn wij nog steeds bezig met een traject om te kijken hoe we op het gebied van kwaliteit stappen kunnen zetten. Ook ten aanzien van de andere eerstelijners is het van groot belang dat we dit traject actief volgen.
We hebben al vaker gesproken over substitutie. We hebben geconstateerd dat een heleboel dingen heel goed in de eerste lijn kunnen en eigenlijk veel minder in de tweede lijn thuishoren. Die zorg goed organiseren, dicht bij mensen in de buurt, vergt ook dat we die substitutie doorzetten. 90% van de klachten waarmee de patiënt naar de huisarts gaat, wordt al door de huisarts zelf of door de ondersteuners afgehandeld, dus de huisarts en de schil of het samenwerkingsverband om de huisarts heen doen al ongelofelijk veel. Maar het kan zijn dat iemand op een gegeven moment doorverwezen moet worden naar de tweede lijn. Dat is nou eenmaal zo. We hebben afgesproken dat we substitutie in kaart brengen, waarbij het zo moet zijn dat er niet alleen zorg wordt verplaatst, maar dat het geld wordt meeverplaatst, dus geld volgt zorg.

(Er gaan drie bellen; lang, kort, lang.)

Minister **Schippers**:
Ik werk hier nou al zo lang, maar die bellen heb ik nooit begrepen. Kort, lang, drie keer, twee keer.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Voorzitter. Mag ik even een andere stoel pakken, nu de Minister toch afgeleid is? Ik vind het zo onrespectvol om dat te doen als de Minister aan het woord is.

De **voorzitter**:
Ga uw gang.

Minister **Schippers**:
Ik praat gewoon door, want volgens mij kunt u dat dan ook volgen. We vinden substitutie ontzettend belangrijk. We hebben met elkaar besproken hoe je dat op een goede manier vormgeeft. De heer Rutte heeft gelijk dat we niet moeten afwachten en moeten kijken hoe de huisarts dan de zorg de eerste lijn intrekt, aantoont dat deze uit de tweede lijn moet en ook de financiële positie nog kan bepalen. Dat is een onmogelijke vraag. Wij hebben aan de zorgverzekeraars gevraagd om hun rol te pakken en te bekijken welke zorg naar de huisartsen kan. Wat zouden de huisartsen

graag doen? Wat vinden zij belangrijk om in de eerste lijn te doen? Hoe krijgen we dan ook dat geld mee?
De eerste, belangrijke stap is dat de gecontracteerde substitutieafspraken zijn gemonitord en dat de budgetten voor de verschillende sectoren naar aanleiding van deze uitkomsten zijn bijgesteld. Er is voor het eerst budget overgegaan, waarbij het geld de zorg volgt. Ook het komend jaar zal de substitutiemonitor worden uitgevoerd. Ik ben ook voornemens om die uit te breiden met de wijkverpleging, zodat het geld de zorg kan volgen als bijvoorbeeld iemand vanuit de verpleeghuiszorg onder de wijkverpleging komt. Datzelfde moet ook voor de ggz gebeuren.
Er is door een aantal woordvoerders gezegd dat zij bij werkbezoeken tegen een aantal dingen aanlopen die ermee te maken hebben dat iemand in het ziekenhuis ligt om een medisch-specialistische behandeling te ondergaan. Als je die niet ondergaat, is je plek niet in het ziekenhuis en dan moet je er gewoon uit. Herstellen doe je ook nooit in een ziekenhuis. Dat is ook niet de beste plek daarvoor. Voor mensen die niet op tijd klaar zijn voor de thuissituatie, hebben we de eerstelijnsbedden. Ik heb al eerder laten weten dat ik al heel snel, eind vorig jaar, in een Kafkasessie heb omschreven dat we daar vaak problemen zien, ook omdat partijen elkaar in de praktijk slecht weten te vinden of niet precies weten uit welk budget het komt of hoe dat georganiseerd wordt. Daarvoor hebben we een praktijkteam opgezet. Dat praktijkteam heet Zorg Op de Juiste Plek (ZOJP). Het heeft inmiddels een website en een telefoonnummer en is druk bezig in verschillende regio's. Zij regelen niet zelf bedden, maar zij bekijken wel wat de problemen en knelpunten zijn en hoe die opgelost kunnen worden. De eerste acties zijn in Den Haag en Breda. Binnenkort gaan zij aan de slag in Rotterdam, Amsterdam, Drachten en Arnhem.
Het gaat er dus eerst om te kijken wat de problemen en knelpunten zijn, wie er nodig is om deze op te lossen en hoe we dat samen kunnen doen. Als uit dat praktijkteam komt dat wij iets in de regelgeving niet goed doen, moeten wij dat in de regelgeving veranderen. Ik kan mij voorstellen dat die eerstelijnssubsidieregeling niet in de Zvw zit, maar ziekenhuiszorg zit wel in de Zvw. Dat is eigenlijk een drempel die onnodig is. Die overheveling zou daarbij wel kunnen werken. Voor de zomer zal ik de Kamer informeren over het eerste halfjaar van het praktijkteam. Wat heeft het opgelost? Waar zijn we tegenaan gelopen? Hoe zijn die oplossingen in de praktijk gevonden? Hoe gaan we daarmee verder?
Nu kom ik op de beantwoording van de vragen van de leden, om te beginnen over de apotheekhoudende huisartsen in Annen en Arkel. Dit onderwerp komt mij zeer bekend voor, want toen ik Kamerlid werd, in 2003, was er een enorm felle discussie over de vraag: hoe gaan we om met de apotheekhoudende huisarts? Op een gegeven moment is daarvoor wetgeving gemaakt. Deze heeft als basis dat een huisarts zijn expertise heeft, maar de apotheek ook, zoals mevrouw Dijkstra al zei. De apotheek vormt een extra check, met farmaceutische expertise, extra ogen en extra kennis, bij het beoordelen van recepten. De voorkeursvariant is dat de huisarts goed samenwerkt met de apotheek en dat in dat samenwerkingsverband goede farmaceutische zorg wordt geleverd. Het is tegelijkertijd mogelijk gebleven om een apotheekhoudende huisarts te zijn, omdat in krimpgebieden een apotheek soms te ver is van een huisartsenpraktijk.
De zaak in Annen is al eerder onder mijn aandacht gebracht door mevrouw Wolbert. Zij heeft al eerder gevraagd om uit te zoeken hoe we hiervoor een praktische oplossing kunnen bedenken. De situatie is dat ik samen met de Kamer de wet- en regelgeving maak die door de rechter wordt getoetst. Deze zaak is onder de rechter. Dat maakt het gecompliceerd om op deze specifieke casus in te gaan. De apotheek en de huisarts zijn in beroep gegaan. Op 22 maart is daarover een hoorzitting. Ik vind het heel lastig om in deze specifieke situatie een uitspraak te doen, omdat deze zaak nog onder de rechter is.

Hoe zit die wet nou in elkaar? In de wet is de patiënt als uitgangspunt genomen. Daarbij gaat het om de vraag wat de afstand is van de patiënt tot de apotheker, tot de farmaceutische zorg. Als de afstand meer dan een aantal kilometers is, kan er een vergunning worden verleend. Als de afstand minder is, wordt die niet verleend. In de gezondheidszorg zijn wij er altijd erg voor als de patiënt en niet de praktijk als uitgangspunt wordt genomen: de patiënt centraal. Je ziet nu in de praktijk – dan bedoel ik niet in de huisartsenpraktijk, maar in de dagelijkse praktijk – dat er een situatie ontstaat waarvan ik mij best kan voorstellen dat mensen daarover hun wenkbrauwen fronsen. Er zijn mensen die bij een huisartsenpraktijk in hun eigen dorp zitten en mensen uit een ander dorp die ook bij die huisartsenpraktijk zitten. Het kan zo zijn dat iemand uit het andere dorp daar wel een recept verzilverd krijgt, terwijl iemand die om de hoek woont, dat niet voor elkaar krijgt. Diegene moet dan de bus pakken naar een ander dorp. Die situatie is lastig uit te leggen, maar vloeit voort uit de situatie dat wij de patiënt als uitgangspunt hebben genomen.
Naar aanleiding van het eerdere verzoek van mevrouw Wolbert hebben wij de mogelijke oplossingen in kaart gebracht. Het blijkt dat het niet erg eenvoudig is. Een van de oplossingen zou kunnen zijn dat ik als Minister op basis van mijn discretionaire bevoegdheid een uitzondering maak, maar dat kan niet zomaar. Daar zal ik echt inhoudelijke argumenten voor moeten hebben. De situatie dat het door een praktijk heen loopt omdat de patiënt als uitgangspunt is genomen, is niet alleen in Annen of Arkel aan de orde. Wij hebben het eens uitgezocht en dit is in de helft van de situaties het geval. Het betekent dus enorm veel als ik in één situatie een uitzonderingspositie verleen. Het zal de situatie in Nederland erg veranderen. Ook voor de rechter zou het zeker niet houdbaar zijn.
Als dit niet is uit te leggen in Annen of in Arkel, is het ook niet uit te leggen in een andere plaats. Zouden we dan niet de wet moeten veranderen en in een wetsvoorstel de praktijk als uitgangspunt moeten nemen in plaats van de patiënt? Dat zouden we kunnen doen, maar daarvan kunnen wij de impact zo op het eerste gezicht niet overzien. Naar aanleiding van het verzoek heb ik namelijk een heleboel situaties op schrift laten zetten. Voordat ik überhaupt aan zo'n oplossing denk, moeten we eerst een impactanalyse doen. Als je van patiënt naar praktijk gaat, wat heeft dat dan voor impact in heel Nederland? Wat betekent het voor de huisartsenzorg en de farmaceutische zorg? Daar heb ik een impactanalyse voor nodig. Ik ben bereid om de impactanalyse te doen, want ik wil weten wat het betekent als het uitgangspunt wordt verschoven van patiënt naar praktijk.
Een ander punt dat je kunt onderzoeken, is door de heer Van Gerven genoemd in een tussenzin. Je kunt twee dingen doen: je kunt het bij de apotheekhoudende huisarts veranderen, maar je kunt het ook bij de apotheekzorg veranderen. Je kunt je ook afvragen of een apotheek in zo'n situatie verplicht is om een bezorgdienst te hebben. Die oplossing lijkt makkelijker, omdat daar waarschijnlijk geen wetswijziging voor nodig is. Ik zeg «waarschijnlijk» omdat we eerst alleen de oplossingen onder elkaar hebben laten zetten. Ik zou eerst moeten bekijken wat die oplossing zou betekenen, niet alleen in Annen of in Arkel maar ook in de rest van Nederland. Daarbij gaat het ook om de vraag hoe ik het een en hoe ik het ander verander.
Kortom: ik kan het niet zomaar met een toverstokje oplossen, ook al zou ik dat in de praktijk best weleens willen. Op dinsdag 22 maart hebben wij het eerstelijnsoverleg, waarbij zowel de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) als de KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) aanwezig zijn. Ook in dat overleg zal ik dit onderwerp bespreken. De oplossingsrichtingen die aan mij zijn voorgelegd, kunnen wij ook daar bespreken. Daarbij gaat het om de vraag aan welke oplossingsrichtingen je zou kunnen denken en wat de profes-

sionals zelf vinden van de oplossingsrichtingen en de haken en ogen die daaraan zitten.
Naar aanleiding van de eerste exercitie, die ik gelukkig al heb gedaan omdat mevrouw Wolbert er al eerder naar vroeg, heb ik nog geen uitkomst. Een impactanalyse maak je niet zomaar. Daar is tijd voor nodig. Ik kan toezeggen dat we langs de verschillende lijnen die we in kaart hebben gebracht, een impactanalyse doen. Ik houd mij altijd aanbevolen voor andere lijnen, maar wij hebben er dus al wel een aantal in kaart gebracht. Na de impactanalyse komen we dan bij de Kamer. De vragen die aan de orde komen, zijn: aan welke oplossingsrichtingen kunnen we denken, wat zijn de voor- en nadelen zijn van zo'n oplossingsrichting en hoe kunnen we die realiseren? Kan dat door verandering van een regeling, door verandering van een criterium of door verandering van een wet?
Aanstaande dinsdag hebben wij hier dus een gesprek over met de eerste lijn. Voor de zomer kom ik dan met de impactanalyse en met suggesties voor wat je hieraan kan doen en hoe je daar verder mee zou kunnen komen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Ik dank de Minister voor het uitgebreide vooronderzoek dat zij naar aanleiding van deze vraag gedaan heeft. Naar mijn idee zijn er twee punten blijven liggen. Het eerste punt betreft het volgende. Ik ben geen jurist, maar voor zover ik het heb kunnen zien, geldt het afstandscriterium bij beide apotheken niet. In beide situaties gaat het om een afstand binnen de 3,5 tot 4,5 kilometer. Wel geldt het criterium dat tot dusver steeds gebruikt is, namelijk dat er een openbaarvervoervoorziening is. Daar staat echter helemaal niets over in de wet. Het lijkt erop dat de wet ruim en open is en dat er geen criterium op voorhand wordt aangereikt. Het criterium of er sprake is van openbaar vervoer, is dus eigenlijk het enige criterium dat wordt gehanteerd. Ik hoor de Minister niet zeggen dat er binnen dat criterium ruimte is en dat we dus andere afwegingen kunnen maken. Ik vraag op dit punt een specifieke reactie.
Ik kom op het tweede punt. Zo'n impactanalyse zou gedaan moeten worden, maar dat kost waarschijnlijk veel tijd. Ik heb de indruk dat in de situaties waar we nu over spreken en waar de petities over gingen, het water tot aan de lippen staat. Is er dan niet een tijdelijke constructie nodig, waarbij in deze situaties de beslissing on hold wordt gezet en de Minister de gelegenheid krijgt om er goed onderzoek naar te doen? Anders ben ik bang dat er sprake zal zijn van onomkeerbare ontwikkelingen die slecht uitpakken voor de mensen in die dorpen.

Minister **Schippers**:
Je maakt een wet en op basis van die wet ontstaat jurisprudentie. Ik kan niet zomaar in een individuele situatie de jurisprudentie opzijschuiven. We hebben te maken met ongeveer 675 vergunningen. Die zijn verdeeld over ongeveer 450 huisartsenpraktijken. Vrijwel alle apotheekhoudende huisartsen hebben patiënten aan wie zij wel geneesmiddelen mogen leveren en patiënten aan wie zij geen geneesmiddelen mogen leveren. Het geldt dus eigenlijk heel breed, en niet alleen voor twee situaties. Het CIBG schat in dat in ongeveer de helft van de gevallen sprake is van deelgebieden binnen de 3,5 en de 4,5 kilometer. Dan praten we al snel over meer dan 300 situaties. Als je één situatie verandert, stel je feitelijk een herbeoordeling aan de orde voor ongeveer 300 andere situaties. Ik vind dus dat we het wel zorgvuldig moeten doen. Natuurlijk kun je zeggen dat in een tijdelijke situatie noodverbanden moeten kunnen worden aangelegd, maar ik kan die zo niet geven. De verzekeraar kan wel specifieke afspraken maken in een bepaald gebied, opdat de zorg doorgang kan vinden. Maar de situatie is onder de rechter. Die moet nog uitspraak doen. Er zijn ook nog hoorzittingen over geformeerd. Ik heb in

de jurisprudentie gezocht naar een antwoord op de vraag of ik hier als Minister zomaar even dwars doorheen kan fietsen. Het antwoord op die vraag is nee.

De **voorzitter**:
Mevrouw Wolbert, afrondend

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Ik zou wel specifiekere informatie willen over hoelang het duurt voordat de impactanalyse is afgerond. Misschien heeft de Minister dat al gezegd, maar dat is mij dan ontgaan. Het is een vrij intensieve operatie. Hoeveel tijd gaat er overheen?

Minister **Schippers**:
Ik heb net gezegd: voor de zomer. Aanstaande dinsdag bespreken we in het eerstelijnsoverleg een aantal richtingen met de LHV, de KNMP en andere eerstelijnsorganisaties. We gaan ook meteen aan de slag. Het voordeel is dat mevrouw Wolbert veel eerder aan de bel heeft getrokken. We hebben dus al voorwerk gedaan, waarbij het ging om de vraag aan welke richtingen kan worden gedacht. Misschien hebben we richtingen overgeslagen; dat weet je natuurlijk nooit, maar we hebben wel ons huiswerk gedaan.
Een ander belangrijk punt is de impact van de wijzigingen die je aanbrengt. Wat betekent het voor Nederland? Wat betekent het voor het landschap? Wat betekent het voor de uitgangspunten van de kwaliteit van zorg? Ik vind dat we dit zorgvuldig moeten analyseren, maar voor de zomer kunnen we die analyse naar de Kamer sturen.
In dit kader neem ik ook maar even de vraag van mevrouw Bruins Slot mee. Zij vroeg of het een goede ontwikkeling is dat internetapotheken met name in budgetpolissen worden gecontracteerd. Inmiddels zijn er ongeveer twaalf budgetpolissen op de markt. Bij die polissen zijn internetapothekers gecontracteerd. Wij hebben onderzoek gedaan naar de contractering in de budgetpolissen. Men denkt dat er bij budgetpolissen heel smal wordt gecontracteerd, maar uit onderzoek blijkt dat onjuist te zijn. Er is dus veel breder gecontracteerd dan de naam «budgetpolis» doet vermoeden. De NZa ziet toe op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Die zorgplicht moet zo worden ingevuld dat degene die zorg nodig heeft, er ook gebruik van kan maken. Als een oudere farmaciehulp nodig heeft, moet hij of zij goede farmaciehulp krijgen, conform iedere polis in de basisverzekering.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Deze vraag had ik ook gesteld. Het punt is dat de apotheker ook een heel belangrijke rol speelt bij het goed innemen van medicijnen en het bevorderen van therapietrouw. Als een verzekeraar inkoopt bij een internetapotheker en tegen de verzekerde zegt dat hij daar maar heen moet, wordt er wel getornd aan dat beginsel. Ik wil graag weten hoe de Minister daartegen aankijkt.

Minister **Schippers**:
Wij hebben criteria voor goede farmaceutische zorg opgesteld. Goede farmaceutische zorg betekent dat een apotheker goed inzicht moet hebben in de patiënt. Hij moet de geschiedenis van de patiënt kunnen kennen, ofwel uit zijn dossier ofwel omdat hij een patiënt ziet. Hij moet dus goede farmaceutische zorg kunnen verlenen. Daar zijn bepaalde criteria voor vastgesteld. Daar moet iedere apotheker aan voldoen, dus ook de internetapotheker. Soms heb je ook vis-à-vis contact met je apotheker nodig. Ook die zorg moet verleend worden, via iedere polis.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik neem aan dat de Minister zich kan voorstellen dat een apotheek via internet anders is dan een gewone apotheek, waarbij je face-to-facecontact hebt met de apotheker. Er zijn ook mensen die niet zo goed zijn met internet of die misschien helemaal geen internet hebben. Voor hen zou dit niet goed zijn.

Minister **Schippers**:
In sommige gevallen kun je heel goed zorg krijgen via internet. In andere gevallen kan dat niet, omdat je contact nodig hebt met je apotheker. In alle gevallen moet de patiënt de zorg krijgen waar hij recht op heeft. Als het nodig is dat je contact hebt met een apotheker, moet het in je polis zo geregeld zijn dat je ook vis-à-vis, van gezicht tot gezicht, contact kunt hebben met je apotheker. Ik zal eens door de NZa laten kijken naar deze specifieke vorm van contractering. De NZa zal dan bezien of er ook voldoende mogelijkheden zijn tot – «live» is ook geen Nederlands; ik mag hier geen Engels meer praten – direct of persoonlijk contact met je apotheker.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Van mens tot mens!

Minister **Schippers**:
Inderdaad: van mens tot mens.
Ik kom op de onderlinge samenhang in de eerste lijn. Wij hebben ...

De **voorzitter**:
Een vraag over het vorige punt is nog niet beantwoord: wanneer kan de Minister de Kamer erover informeren?

Minister **Schippers**:
Ik kom daar in tweede termijn even op terug, want ik wil dat eerst aan de NZa wordt gevraagd wanneer zij het, gelet op de reguliere oplevering van zaken, aan ons kan leveren.

De onderlinge samenwerking in de eerste lijn is cruciaal. Die is onontbeerlijk. Patiënten hebben verschillende soorten zorg nodig. Het is van groot belang dat die zorg goed rondom de patiënt wordt georganiseerd. Dat is ook de reden waarom de Staatssecretaris en ik ruimte hebben gemaakt voor samenwerking in de eerste lijn. Wat betreft de bekostiging hebben wij ruimte gemaakt in segment 3. Ook hebben wij de wijkverpleging een goede positie gegeven. Het is ook belangrijk dat er ruimte bestaat om de dingen die je regionaal moet regelen, daadwerkelijk regionaal te regelen. Verder moet je de dingen die je lokaal moet regelen, ook daadwerkelijk lokaal regelen. Juist ook het contact met sociale wijkteams en de verpleging in de wijk is van groot belang. De regionale schaal is een schaal, maar ik denk dat met name voor de eerstelijnszorg de lokale schaal van groot belang is. Daarom is het van groot belang dat gemeenten en zorgverzekeraars goed met elkaar overleggen, ook over de zorg die nodig is in de buurt.
Een en ander is regionaal overkoepelend. Ik noem SIGRA in de regio Amsterdam, De Nije Veste in Nijkerk en de samenwerking in de ggz bij zorggroepen in Brabant. Ook lokaal ontstaan er ontzettend goede initiatieven, waarbij het erg belangrijk is dat men elkaar op lokaal niveau weet te vinden. Dat praktijkteam besteedt juist aandacht aan fricties die je daadwerkelijk in de praktijk kunt ondervinden; daar heb ik het al over gehad. Er is ook samenwerking nodig tussen huisartsen en medisch specialisten. Iemand die ouder is en een chronische ziekte heeft, gaat af en toe naar het ziekenhuis, maar de huisarts begeleidt hem in de dagelijkse praktijk.

Ik zal een aantal acties noemen die in gang zijn gezet. Ik begin met het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Binnen dat programma worden vele nieuwe interventies ontwikkeld en wetenschappelijk onderzocht. Hiermee kunnen belangrijke door ouderen gewenste verbeteringen in de zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen worden gerealiseerd. Die interventies worden de komende jaren veel breder toegepast. Om de overdracht van gegevens tussen de huisartsen en de ziekenhuizen te verbeteren, pakken NHG en de Federatie Medisch Specialisten de herziening op van de NHG-richtlijn voor de overdracht van gegevens van de eerste naar de tweede lijn en andersom. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) heeft het initiatief genomen om samen met andere wetenschappelijke verenigingen, NHG en Verenso te komen tot een zorgpad voor kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en over de hele keten heen. In juni heeft de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie de eerste NVKG-wetenschapsagenda vastgesteld om de wetenschappelijke basis van de klinische geriatrie en interne ouderengeneeskunde te versterken. Het signaleren en met elkaar bespreken van problemen is een heel belangrijk onderdeel van de verantwoordelijkheid die partijen hebben gekregen, omdat samenwerking cruciaal is om een integraal aanbod van zorg en ondersteuning te realiseren. Ik zie in de praktijk dat er veelvuldig verbindingen worden gelegd om elkaar op het gebied van zorg en ondersteuning te vinden. Ik kan mij tegelijkertijd indenken dat men elkaar, na alle wijzigingen en overhevelingen, soms niet goed weet te vinden. Dat moet beter kunnen.
Hoe kunnen we gericht sturen op substitutie met betrekking tot eerstelijnsverblijf en specialisten ouderengeneeskunde? De heer Rutte heeft dat ook aangekaart. Is het doel om deze zorg helemaal onder de Zorgverzekeringswet te brengen? Dat maakt het mogelijk dat de zorgverzekeraar met één visie de hele curatieve zorg voor kwetsbare ouderen kan inkopen. Door het budget voor het eerstelijnsverblijf onder de financiële kaders te brengen en ook de geriatrische revalidatiezorg daarin te plaatsen, worden er geen drempels opgeworpen voor substitutie van de ene zorgvorm naar de andere zorgvorm. Dat betekent dat je een enorme slag in de kwaliteit kan maken. Eerstelijnsverblijf wordt door partijen ook wel de smeerolie van het systeem genoemd. Het is dus ook voorstelbaar dat ik na overleg met de partijen aan Zorgverzekeraars Nederland zal vragen de substitutiemonitor uit te breiden met het eerstelijnsverblijf.
Zorginstituut Nederland zal in oktober 2016 advies uitbrengen over de positionering van de extramurale behandeling in de Zorgverzekeringswet. Dat advies gaat ook over de extramurale behandeling die door de specialist ouderengeneeskunde wordt geleverd. De implementatie van dat advies, waarbij het gaat om het voorbereiden van de bekostiging en eventuele tariefstelling door de NZa, zal ongeveer een jaar in beslag nemen. Wij hopen dit dus op 1 januari 2018 te realiseren. Dat klinkt ver weg, maar dit soort overhevelingen moet je goed met de sector voorbereiden om het op een goede manier te laten landen.
Er is gevraagd naar de oorzaak van de overschrijdingen in 2015 bij het eerstelijnsverblijf. Dat heeft een hoop oorzaken. Er zijn veel aannames gemaakt bij de raming. Mevrouw Bruins Slot vroeg of er verkeerd was geraamd. Plat en kort gezegd, is het antwoord daarop ja. We hebben een heleboel aannames moeten maken. Als je iets helemaal lostrekt uit een budget, blijkt dat vaak heel moeilijk te zijn. Er is alleen gekeken naar patiënten die na een ziekenhuisopname naar huis zijn teruggekeerd. Hierin zijn geen patiënten meegenomen die met spoed worden opgenomen en uiteindelijk zorg vanuit de Wlz (Wet langdurige zorg) krijgen of overlijden. Voor de raming van het subsidiekader 2016 is gebruikgemaakt van declaratiegegevens over de eerste helft van 2015. Daarbij gaat het om het werkelijk gebruik van het eerstelijnsverblijf. Het Zorginstituut monitort maandelijks de onderuitputting van de subsidieregeling eerstelijnsverblijf. Zo krijgen we goed en tijdig inzicht in de

uitgaven aan het eerstelijnsverblijf. Het beschikbare budget voor 2017 wordt bij de begroting bekend.
Ik kom op de randvoorwaarden om eerstelijnsverblijf in de Zorgverzekeringswet te plaatsen. Vanaf de zomer van 2015 zijn we hiermee bezig. Ik weet dat er best veel over wordt gediscussieerd, ook door veldpartijen. We willen het echter niet ad hoc doen. In veel technische overleggen is daar al over gesproken. Het Zorginstituut heeft in december een aantal zorginhoudelijke aandachtspunten benoemd rondom de ontwikkeling van de uitvoeringspraktijk bij het eerstelijnsverblijf. Daarover zal het Zorginstituut nog een rapport uitbrengen. Er is al een conceptversie ter consultatie rondgestuurd. 1 april wordt dat definitief gemaakt. Partijen hebben mij ook een aantal praktische vragen voorgelegd, waarover ik met hen in overleg ben. In april zal ik de Kamer informeren over de vraag of wij de overheveling doorzetten per 1 januari of niet.
Ik denk dat ik niet hoef aan te geven voor welke mensen het eerstelijnsverblijf bedoeld is. Het is voor mensen die niet naar huis kunnen maar die ook niet naar het ziekenhuis hoeven.
Ik kom op de rollen die van de huisarts worden gevraagd. Wij vragen veel van huisartsen. Daar hebben wij al eerder een overleg over gehad. Er komt steeds meer druk op de eerste lijn, maar de huisarts hoeft het niet alleen te doen. Op lokaal en regionaal niveau kunnen er best practices met elkaar gedeeld worden. We kunnen bekijken of dat goed gaat en daarbij de vinger aan de pols houden. We hebben de wijkverpleging een heel belangrijke rol gegeven in de eerste lijn. Ook hebben wij geïnvesteerd in het opleiden van physician assistants en verpleegkundig specialisten, die eventueel de taken van de huisarts overnemen. Veel huisartsen hebben POH's (praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk) in dienst. Die ontwikkeling gaat razendsnel. Het aantal POH's heeft een enorme vlucht genomen. Dat neemt niet weg dat de druk op huisartsen groot is. Daar moeten we goed op letten. Ik denk dat huisartsen daar ook zelf goed op moeten letten. Zij moeten bekijken of taakherschikking nodig is om het allemaal in goede banen te leiden.

De heer Van Gerven vroeg of de eerste lijn wel voldoende is voorbereid op alle dingen die op hem afkomen, niet alleen ten aanzien van ouderen maar ook ten aanzien van de ggz. Meer dan drie kwart van alle huisartsen heeft inmiddels een POH-ggz. Die ondersteunt de huisarts bij een optimale behandeling, consultatie door en terugverwijzing naar de ggz. Ik krijg wel signalen dat patiënten soms lang bij de POH-ggz blijven doordat er sprake is van een wachttijd in de gespecialiseerde ggz of doordat de POH-ggz meer doet dan hij moet doen, of door andere oorzaken. Ik denk overigens dat de POH-ggz een ontzettend belangrijke rol heeft in het voorkomen van zorgmijding. Ik denk ook dat de POH-ggz – dat is echt een verdienste – de geestelijke gezondheidszorg dichter bij de patiënt heeft gebracht. Hij heeft dus een belangrijke taak. Het is niet de bedoeling dat de POH-ggz zelf een psychische stoornis gaat behandelen. Daarvoor hebben we de eerstelijns-ggz, de basis-ggz, of de gespecialiseerde ggz. De POH-ggz biedt huisartsenzorg en geen curatieve geestelijke gezondheidszorg. Dat moet in de samenwerking met de ggz en de huisarts goed worden bewaakt.
Ik kom op de regionale contractering. Verzekeraars contracteren en daarbij zie je veel regionale initiatieven. De inkoop krijgt ook steeds meer regionale binding. Er lopen proeftuinen waarin ook wordt gekeken naar regionale samenwerking. Maar nogmaals: de eerstelijnszorg is heel vaak op wijk- en buurtniveau. Dat is ongelofelijk belangrijk. Wij volgen de negen proeftuinen op de voet. Afgelopen zomer hebben wij de eerste evaluatie naar de Kamer gestuurd. De volgende evaluatie vindt plaats in 2017 en komt in 2018 naar de Kamer. Ik kan begrijpen dat Kamerleden zich afvragen: duurt dat niet wat lang? Voordat de eindrapportage van het

RIVM komt, zal ik de Kamer aan het einde van dit jaar de tussenstand van de proeftuinen sturen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik kom nog even terug op de praktijkondersteuner ggz. Mijn vraag was heel concreet. Ik heb begrepen dat de norm 1 fte per huisartsenpraktijk wordt en dat er voor twaalf uur wordt vergoed, dus voor een derde. Hoe zit dat en hoe gaat het zich ontwikkelen?

Minister **Schippers**:
Dat is een gemiddelde. Sommige huisartsenpraktijken hebben geen POH-ggz. Ik heb al aangegeven dat niet alle praktijken een POH-ggz hebben en dat er dus wordt gerekend met een gemiddelde. Voorlopig zien we in het huisartsenkader überhaupt een onderschrijding. Ik heb met de LHV afgesproken dat, zolang daar een onderschrijding plaatsheeft, die ook opgevuld kan worden met praktijkondersteuners ggz. We hoeven er niet apart een MBI (macrobeheersingsinstrument) op los te laten, aangezien er nog ruimte is.

De heer **Van Gerven** (SP):
Mijn informatie is dat verzekeraars niet een fte vergoeden als een huisarts daarom vraagt. Ik weet dat de ene meer POH's heeft dan de ander, maar klopt het dat de afspraak is dat er per huisartsenpraktijk één fulltimer mag zijn? Als een huisarts daarom vraagt, moeten die afspraken ook gemaakt kunnen worden met de verzekeraar en moet daar ook financiering voor komen.

Minister **Schippers**:
De situatie is dat de verzekeraar inderdaad ook een POH-ggz contracteert. Hij kan dat bij iedere huisarts doen. Een verzekeraar is echter niet verplicht om het te doen; dat staat nergens. We zien wel dat de POH-ggz een belangrijke functie vervult en dat verzekeraars massaal POH's-ggz contracteren. Een verzekeraar is dus niet verplicht om het in zijn contractering te doen, maar je ziet wel dat verzekeraars dat massaal doen en dat ze dat rustig kunnen doen. Als een verzekeraar het meer doet dan in de cijfers staat, kan dat ook, aangezien we ook ruimte zien in het huisartsenbudget.
Er is gevraagd of wij het proces dat wij met de huisartsen hebben doorlopen, willen verbreden naar andere sectoren. Daarbij gaat het niet alleen om het punt van bureaucratie maar ook om de samenwerking. Ik denk dat ik al op dit onderwerp ben ingegaan. Het geldt ook voor logopedisten, fysiotherapeuten en apothekers. Daar wordt momenteel over gesproken. In eerste instantie betreft het de bureaucratie. Er was ook heel veel behoefte aan om te kijken naar de enorme formulierenberg. Tegelijkertijd is er een en ander gezegd over samenwerking. Alles wat is afgesproken met de ACM, geldt ook voor deze groepen. Het is dus niet zo dat het exclusief voor huisartsen geldt. De ACM spreekt dan ook van de eerste lijn. «Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn» is gepubliceerd. Die uitgangspunten gelden dus ook voor andere eerstelijners.
Op 10 februari heb ik een sessie georganiseerd, waarbij de voorzitter van de ACM deze uitgangspunten heeft toegelicht aan bestuurders van eerstelijnspartijen, zodat het ook voor hen heel duidelijk is wat wel en wat niet mag. Daarnaast is er het proces en zijn er afspraken gemaakt in het kader van de good contracting practices, de goede contracteringspraktijk, om het maar in het Nederlands te zeggen. Daarbij zijn een aantal uitgangspunten geformuleerd. Die uitgangspunten staan hier op een rijtje, maar die kan de Kamer zelf ook in de regels voor een goede contracteringspraktijk vinden. Er zijn concrete afspraken gemaakt, niet alleen over de uitgangspunten maar ook over het proces en de tijdlijn. Er wordt

voldoende tijd genomen voor inventarisatie en evaluatie van elkaars wensen, deadlines worden gehandhaafd en informatie moet tijdig digitaal beschikbaar zijn. Er dient steeds een duidelijk aanspreekpunt te zijn aan beide zijden, zodat er ook communicatie mogelijk is. Als er alleen wordt getekend bij het kruisje, is er namelijk geen communicatie en kun je geen aanspreekpunt vinden. Partijen dienen bereikbaar en aanspreekbaar te zijn. Duidelijk wordt gemaakt wat landelijk kan worden afgesproken, wat regionaal wordt afgesproken en wat lokaal verder wordt ingevuld. Aan de overlegtafels is afgesproken dat hiermee aan de slag wordt gegaan, juist om het gevoel van tekenen bij het kruisje weg te nemen. Partijen schrijven dan ook zelf mee aan de afspraken. Die moeten een onderdeel vormen van het contract. Dat proces loopt dus. Er wordt in ieder geval hard aan getrokken.
Gaan we dan ook een betere contractering zien? Wat mij betreft wel, maar ik zit dus niet aan die tafel. Wat mij betreft gaan we verbeteringen zien. ZN (Zorgverzekeraars Nederland) heeft haar rol opgepakt om met de brancheorganisaties aan de slag te gaan. Daarbij gaat het niet alleen om de vraag hoe het wordt gedaan. Er wordt ook rekening gehouden met de mogelijkheid dat iets niet goed gaat. Kan men dan naar een onafhankelijke geschillencommissie gaan? Hoe is die geschillencommissie opgezet? Ik zal de Kamer volgende maand nader informeren over de geschillencommissie ten aanzien van de contractering.
Er wordt ook vaker gekeken naar meerjarencontracten. Mevrouw Dik-Faber zei dat zij dat eigenlijk gek vindt. Haar vraag is of er bij meerjarencontracten nadere afspraken worden gemaakt. Dat hoop ik wel; dat is juist de crux. Wie heeft ooit gezegd dat ieder jaar dat hele contracteringscircus dient plaats te hebben? Hoeveel verandert er in de dagelijkse praktijk? Is het wel nodig om ieder jaar met elkaar een nieuw contract te sluiten? Voor de zorgaanbieders, of het nou huisartsen zijn of fysiotherapeuten, vindt er ieder jaar een nieuw circus over de contracten plaats. Verzekeraars moeten heel veel mensen in dienst hebben die met een heel leger andere mensen contracten moeten sluiten. Nergens staat geschreven dat je ieder jaar een nieuw contract moet sluiten. Het is een soort praktijk die om een of andere reden is gegroeid. Als er onzekerheden zijn, kan ik mij goed voorstellen dat de aanbieder of de verzekeraar of beiden zeggen: misschien is het goed om eerst te bekijken hoe het loopt, een meerjarencontract is niet aan de orde. Maar in een heleboel andere gevallen kan er wel een meerjarencontract worden gesloten.
Juist in meerjarencontracten moet je nadere afspraken maken. Dan moet je over een periode van bijvoorbeeld drie jaar een bepaalde afspraak maken. Stel dat er in de periode van drie jaar een aantal dingen moeten veranderen. Dat kan men dan niet in één jaar regelen, maar wel stapsgewijs in drie jaar. Het is goed als er dan een meerjarencontract wordt gemaakt waarbij stapsgewijs wordt gewerkt aan een gezamenlijk doel. In die drie jaar is er bijvoorbeeld sprake van een verouderende populatie. Als er dan met behulp van het meerjarencontract voor wordt gezorgd dat er met de specialist ouderengeneeskunde en met eerstelijnsaanbieders stapsgewijs iets wordt neergezet voor de populatie, dan heeft het meerjarencontract meerwaarde. Daarom zou ik juist tegen mevrouw Dik-Faber willen zeggen: een meerjarencontract zonder extra afspraken vind ik een lui contract. Dat lijkt mij nou juist iets wat we niet moeten doen. Maar goed, ik zit niet aan de contracteertafel. Het kan dus gebeuren dat er geen extra afspraken worden gemaakt, maar een meerjarencontract biedt juist kansen om over een langere termijn te werken aan gezamenlijke doelen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik ben blij met het antwoord van de Minister, omdat daaruit blijkt dat er gezamenlijk afspraken worden gemaakt voor de komende jaren om te investeren in kwaliteit van zorg; ik vat het zo even samen. De indruk die ik

had gekregen vanuit de huisartsen zelf, is dat verwacht werd dat zij eerst investeringen zouden doen en dat ze pas daarna als beloning een meerjarencontract zouden krijgen. Als je als huisarts een meerjarencontract krijgt, heb je de rust, de ruimte en de zekerheid om de komende jaren stappen te kunnen zetten om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Volgens mij zijn wij het dus helemaal met elkaar eens. Ik krijg uit de praktijk wel signalen dat het andersom zou werken, maar blijkbaar is dat niet de bedoeling. Laten we er met elkaar toezicht op houden.

Minister **Schippers**:
Het is ontzettend algemeen om hier over heel Nederland te zeggen hoe het gaat. Het zal heel erg van de lokale situatie afhangen, maar het gesprek dat we met elkaar moeten voeren betreft het volgende. We staan op een bepaald punt in de gezondheidszorg. We zien dat de patiënt verandert. Die krijgt een andere zorgvraag. Hoe kunnen we met elkaar aan die andere zorgvraag tegemoetkomen? Hoe komen we van A naar B? Hoeveel jaren hebben we daarvoor nodig? Misschien hebben we daar heel kort de tijd voor nodig of misschien zitten we in een heel onzekere situatie en wordt er één jaarcontract afgesloten. Misschien is er sprake van een vrij stabiele situatie, maar moet je een transitie doormaken om van A naar B te komen. Ik kan mij ook voorstellen dat een groep huisartsen in een huisartsenpraktijk zorg uit de tweede lijn wil halen en zich afvraagt hoe die transitie over de jaren heen kan worden gedaan. Daar kunnen meerjarenafspraken enorm bij helpen. Ik zit zelf niet aan de onderhandelingstafel, maar vanuit VWS voeren we wel gesprekken met zorgverzekeraars maar ook met zorgaanbieders, waarbij we hun vragen om te bekijken hoe ze met elkaar een pact kunnen sluiten. Uiteindelijk willen we allemaal graag dat de zorg steeds meer en steeds vaker op maat wordt gesneden.
Ik kom op de rol van de NZa in de contractering. Een van de regelingen die de NZa handhaaft, betreft de good contracting practices. Zij bekijkt of de procedure goed wordt doorlopen. De NZa is soms bemiddelaar als er knelpunten zijn in de contractering. Dan kan zij de verzekeraar en de zorgaanbieder uitnodigen en een gesprek faciliteren. Ook houdt zij toezicht op de zorgplicht. Komend jaar zal de NZa in haar toezichthoudende functie de nadruk leggen op de tijdigheid van zorg. Zij zal er dus expliciet op toezien dat de zorg tijdig wordt geleverd. Als blijkt dat verzekeraars niet voldoende of niet tijdig zorg inkopen, dan zal de NZa hen daarop aanspreken.
Ik kom op de logopedie en de vrije tarieven. Hierover hebben we een schriftelijk overleg. In Nederland hanteren we maximumtarieven als we denken dat de tarieven zonder het maximum de pan uit rijzen. We hebben in Nederland geen minimumtarieven. Er zijn nu maximumtarieven voor logopedie, terwijl ik niet denk dat het enorm gevaar oplevert als ik de maximumtarieven loslaat. Ik denk niet dat de logopedisten dan enorm absurde tarieven gaan vragen. Sterker nog: de tarieven komen tot stand door vraag en aanbod. In de praktijk zien we dat de tarieven ver onder de maximumtarieven liggen. De vraag is dus: wat is het doel ervan dat een heleboel mensen bij de NZa op die tarieven worden gezet, terwijl ze in de praktijk eigenlijk niet van toepassing zijn? Al die mensen zitten daar hun werk te doen, maar de vraag is of het nuttig is.
Is de positie van de logopedisten zo ongelooflijk sterk dat wij die tarieven onder het maximum moeten drukken? Die indruk heb ik niet. Mijn vraag is waarom wij deze maximale tarieven in stand moeten houden. Ik denk dat er helemaal geen ongelukken gebeuren als ik de maximumtarieven loslaat, maar dat het wel heel veel werk zou schelen. Maar goed, ik zal deze vraag nog schriftelijk beantwoorden. Ik heb hierover namelijk nog een aantal vragen liggen van meerdere fracties. Over niet al te lange tijd zal ik de Kamer de antwoorden daarop doen toekomen.
D66 sprak over «Care to Go», om maar in de Nederlandse taal te blijven.

De **voorzitter**:
Zo heet het.

Minister **Schippers**:
Ik weet het, voorzitter, maar ik mag van u geen Engels praten. Dat heb ik op schrift gekregen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Het is gewoon de naam daarvoor. Dan mag u volgens mij wel Engels praten.

Minister **Schippers**:
Oké. Ik heb hier een verkeerd antwoord staan of wellicht heb ik het verkeerde blaadje. Uit mijn hoofd weet ik niet de stand van zaken bij Care to Go.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Nee, daar gaat het mij niet om. Het gaat om nieuwe initiatieven en nieuwe dienstverlening in de huisartsenzorg. Daarover hebben we een signalering van de NZa gekregen. De Minister had gezegd dat zij daar een uitgebreide reactie op zou geven, maar die heb ik niet kunnen vinden. Komt die reactie nog? Of heb ik haar over het hoofd gezien?

Minister **Schippers**:
Die reactie komt nog. Daarin zal ik aangeven dat ik voornemens ben om een experiment te starten waarbij de NZa terugvalprestaties vaststelt voor het geval een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar er onderling niet uitkomen. Een en ander geldt ook als je iets nieuws bedenkt, want daar gaat het hier om. Daarbij zal ik een fasegewijze aanpak hanteren. Ik heb hier allerlei technieken staan, maar ik denk dat het handig is als ik toezeg dat er een reactie naar de Kamer wordt gestuurd. Daarin zal ik dit in ieder geval aankondigen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Kan de Minister zeggen wanneer die reactie wordt verstuurd? De signalering dateert van een jaar geleden.

Minister **Schippers**:
Ja. Ik zal de Kamer voor de zomer een reactie sturen. Dan trek ik het iets breder. Het gaat met name over innovatiemogelijkheden in de eerste lijn. Zorginstituut Nederland komt met een analyse en een integraal advies over fysiotherapie in het zorgverzekeringspakket. Een en ander wordt na de zomer van 2016 opgeleverd. Met betrekking tot fysiotherapie zijn er al wat voorstudies geweest. Dit wordt een integraal advies, maar het Zorginstituut heeft bijvoorbeeld al naar de behandeling van etalagebenen gekeken. Vorig jaar heb ik daarover advies gevraagd aan het Zorginstituut. Mijn vraag was: is het niet beter als we de fysiotherapie daar als eerste zetten in plaats van de tweede lijn? Dat rapport heb ik ontvangen. Ik zal het snel aan de Kamer toesturen. Het gaat over de opname van de eerste behandeling fysiotherapie in het zorgverzekeringspakket. Ik zal dit uiteraard meenemen in de besluitvorming over de pakketopname per 1 januari 2017. Ik kan al toezeggen dat het kostenefficiënt is en dat het therapeutische meerwaarde heeft.
De integrale visie komt na de zomer. Daarin kan ik niet zomaar een versnelling aanbrengen; dat is heel erg lastig. Die studies hebben een bepaalde cadans. Ik heb zelf namelijk ook al een paar keer gevraagd, als er iets aankwam dat ik interessant vond, om dat sneller te doen. Die deelstudies komen gelukkig eerder, zodat we op onderdelen al eerder iets kunnen doen. Naar aanleiding van die onderdelen heb ik gevraagd of je niet integraler moet kijken naar fysiotherapie. Zou het niet slimmer zijn

om een aantal dingen van fysiotherapie om te draaien? Dat heb ik al eens aangekaart toen ik net Minister was. Ik weet dat daar heel veel haken en ogen aan zitten, maar volgens mij liggen er ook kansen. Daarom heb ik het nog een keer gevraagd. Ik kan echter niet van het Zorginstituut verwachten dat het een en ander een-twee-drie kan opleveren.
Ik heb al antwoord gegeven op de vraag over de substitutiemonitor. De VVD heeft ook gevraagd of je niet meerjarenafspraken kunt maken. Juist substitutie leent zich heel goed voor meerjarencontracten. Je kunt wel zeggen: nu halen we het even uit het ziekenhuis weg. Dat heeft echter wel implicaties voor zo'n ziekenhuis. Als je het in een heel cluster van afspraken doet, kun je het op een veel rustigere manier laten landen. Er worden al afspraken gemaakt, maar ik denk dat meerjarencontracten zich er goed voor lenen. De monitor is reeds opgezet. Overigens stimuleren wij substitutie ook indirect doordat in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat de groei van de eerste lijn harder is dan de groei van de tweede lijn. We geven de eerste lijn daardoor meer ruimte om daadwerkelijk te groeien.

De heer **Rutte** (VVD):
Ik had ook gevraagd of het nog verder sturen op substitutie en het afspraken maken over meerjarige contractering geen mooie onderdelen zijn voor een volgend hoofdlijnenakkoord, ervan uitgaande dat dat er komt. Daar ligt de lijn van de echte verschuiving naar de eerste lijn: meerjarige afspraken en substitutie als kern, met de mogelijkheid voor de tweede lijn en de eerste lijn om zich aan te passen.

Minister **Schippers**:
Maar die onderdelen zitten ook al in het huidige hoofdlijnenakkoord. Bij het huidige hoofdlijnenakkoord zijn er afspraken gemaakt over substitutie. De volgende vraag is daarbij heel moeilijk. Hoe maak je het inzichtelijk en hoe kun je monitoren dat er daadwerkelijk iets gebeurt? In de contractering kan de zorgverzekeraar het allang, maar hoe monitor je wat er gebeurt? We hebben die monitoring opgezet. We hebben dus ook kunnen zien dat er in 2016 25 miljoen van de tweede lijn naar de eerste lijn is gegaan. Ook het MBI is daarop aangepast. Je kunt het verschillend beoordelen. Je kunt je afvragen of 25 miljoen veel of weinig is. Het is een eerste stap. Die stap kun je daadwerkelijk zichtbaar maken in de monitor. Ook dit jaar zullen wij substitutieafspraken monitoren. Op basis van die volgende monitor zullen we de kaders vaststellen. We zullen het verbreden naar de wijkverpleging en de ggz. Het traject krijgt langzaam maar zeker stevige wortels. Dat moet ook. Zonder de hulp van een monitor en zonder de actieve rol van een verzekeraar gaat dit ook niet vliegen. Het zal dus moeten gebeuren.
Mij is gevraagd of het niet te langzaam gaat en of ik niet zou moeten ingrijpen. Dit is een eerste stap. Ik signaleer dat in regio's substitutie steeds vaker onderwerp van gesprek is en dat de beweging om zorg dicht bij huis te organiseren steeds breder wordt. Wat ik niet ga doen, is een blauwdruk opleggen. Ik zal het wel steeds op de agenda houden. Door die monitoring hebben we automatisch een aangrijpingspunt.

De **voorzitter**:
Mijnheer Rutte, afrondend.

De heer **Rutte** (VVD):
Mag ik het zo interpreteren dat de Minister zegt dat het hoofdlijnenakkoord nog geldt en dat zij er dus geen nieuwe afspraken over hoeft te maken? Door extra afspraken toe te voegen aan de substitutiemonitor geeft de Minister ook invulling aan het nader aanjagen van substitutie. Daar kan ik op zich mee leven, maar dan moet het ook echt op deze weg doorgaan. Ik vraag de Minister om niet straks te zeggen: de afspraken in

het hoofdlijnenakkoord zijn afgerond en daarmee is dit traject afgelopen. Dat zou zonde zijn.

Minister **Schippers**:
Het hoofdlijnenakkoord loopt tot en met 2017. Dat is dus nog anderhalf jaar. Er zit juist een grote ambitie in, de ambitie om niet alleen te stoppen met wat we nu doen op het gebied van de huisartsenzorg, maar om juist ook wijkverpleegkundigen en de ggz erbij te betrekken. We zijn met één beeld en één type zorg begonnen, maar wij verbreden het nu. Het is de bedoeling om het niet alleen groter te maken maar om het ook te verbreden. Wij gaan dus twee kanten op.
Is het wenselijk dat huisartsen worden beloond voor het voorschrijven van specifieke medicijnen? Dat is niet iets wat een verzekeraar alleen met huisartsen heeft afgesproken. Als landelijke overheid hebben wij met de LHV zelfs al eerder afspraken gemaakt. Die afspraken zijn al door Ab Klink gemaakt in zijn periode als Minister. Die heb ik in mijn periode gewoon overgenomen. Daar waar het duur moet, moet duur worden voorgeschreven. Dat is de specialité. Daar waar het goedkoop kan, moet er goedkoop worden voorgeschreven. Die efficiënte maar ook kwalitatief goede voorschrijving is ongelofelijk belangrijk. Het is belangrijk om die expliciet onder de aandacht te houden, ook omdat dat ongelofelijk veel premiegeld scheelt. Daar moeten we met elkaar op letten, omdat we ook steeds meer dure medicijnen krijgen die we ook heel graag willen voorschrijven aan iedereen. Daar waar het goedkoop kan, moeten we ook goedkoop voorschrijven.
Wil ik het eigen risico op de farmacie heroverwegen? Daar hebben we al eerder debatten over gevoerd. Ik zie overigens het eigen risico niet als iets wat je alleen moet toepassen als iemand een keuze heeft. Iemand die zijn been breekt, gaat naar het ziekenhuis en krijgt gips om zijn been. Die heeft ook niet de keuze of hij zijn been in het gips wil laten zetten, net zo min als iemand die medicijnen krijgt. Het is voor een deel een kwestie van: de gebruiker betaalt. Dat is ook een deel van het eigen risico. En het verschil tussen iemand die gebruikmaakt van de zorg, met soms heel hoge rekeningen die door het collectief betaald worden, en iemand die helemaal geen gebruikmaakt van de zorg, is € 385. Het gebeurt dus vanuit verschillende redenen.
Bij goodwill is het in die zin simpel, dat wij het erover eens zijn dat goodwill zeer onwenselijk is in de huisartsenzorg. Ik wil niet zeggen dat de hele Kamer er hetzelfde over denkt, maar volgens mij wel grotendeels. Dat is niet voor niks. We hebben in het verleden de goodwill afgekocht bij de huisartsenzorg. Een huisarts moet worden aangezocht op het criterium dat het type huisarts past bij de praktijk. Het type moet doorslaggevend zijn. Ik heb dat ook laten onderzoeken. Daaruit komt naar voren dat het verbieden van goodwill inbreuk maakt op het eigendomsrecht van de huisarts. Dit recht wordt beschermd door artikel 1 van het Eerste Protocol van het EVRM (Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens). Indien er een verbod wordt ingesteld, kan een huisarts een procedure beginnen tegen de Staat om compensatie te krijgen voor de misgelopen inkomsten uit goodwill. Uit deze analyse blijkt het reële risico dat de rechter de huisarts in het gelijk zal stellen. Dan hebben we helemaal de paarden achter de wagen, want dan moet de overheid, en daarmee dus de premiebetaler, die goodwill gaan betalen. Dat zien wij als een groot risico en niet als een oplossing. Dat wil niet zeggen dat we verder niks doen. Ik heb een aantal andere maatregelen aangekondigd, ook met het oog op het feit dat het ooit is afgekocht. Tussen 1985 en 2002 konden stoppende huisartsen uit een fonds een uitkering ontvangen. Om te voorkomen dat er alsnog goodwill gevraagd zou worden, is er in de overeenkomst tussen ziekenfondsen en huisartsen vastgelegd dat er geen goodwill gevraagd mocht worden, op straffe van beëindiging van het contract.

De **voorzitter**:
Ik onderbreek u even voor een vraag van mevrouw Bruins Slot op het vorige punt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Die gaat over de doorbreking van het Eerste Protocol van het EVRM. Die doorbreking is mogelijk op basis van drie argumenten: het is bij wet, het is in het algemeen belang en het is proportioneel. De overheid heeft een best brede margin of appreciation, een vrij brede reikwijdte, om af te wegen wat proportioneel is. Wij hebben de juridische analyse niet, maar ik loop de drie criteria af. «Bij wet» is zo geregeld en bij «in het algemeen belang» kun je een heel betoog houden over de belastingbetaler. Wat zijn echter op het gebied van de proportionaliteit precies de afwegingen geweest waardoor de eindconclusie is dat we het dus niet bij wet kunnen regelen? Ik moet deze technische vraag wel stellen, omdat wij de juridische analyse niet hebben maar het wel van groot belang is om te weten waarom de Minister tot deze eindconclusie is gekomen.

Minister **Schippers**:
Bij juridische advisering ter ondersteuning geven wij meestal gewoon de argumenten door. De inschatting is dat een individuele huisarts die een beroep doet op dit recht, in dezen sterker staat dan de overheid. Zijn individuele situatie zal zwaarder wegen. Als ik ook maar een klein gaatje zie om het te regelen, zal ik het regelen. Het is niet zo dat ik het niet wens te regelen. Mij is echter ten sterkste afgeraden om deze weg op te gaan. Als mij dat ten sterkste wordt afgeraden, bekijk ik of er andere manieren zijn om hetzelfde doel te bereiken. Dat is de situatie waarin we zitten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
In de brief wordt de hele juridische analyse met drie regeltjes afgedaan. Heeft de Minister die juridische analyse intern laten doen, via de landsadvocaat of op een andere manier? Heeft zij bij het Europees Hof navraag gedaan? Ik vraag nog even door, want als we het op deze manier kunnen doen, is dat makkelijker dan aan een zorgverzekeraar een oneigenlijke taak op te leggen, juist omdat er zo brede overeenstemming over is dat we dit niet willen.

Minister **Schippers**:
Ik heb dat advies gevraagd aan de landsadvocaat. Ik heb het dus van de landsadvocaat gekregen. Als mevrouw Bruins Slot denkt dat er wel argumenten zijn, wil ik daarnaar wel nader laten kijken. Dat kan ik dan niet laten doen door de landsadvocaat maar wel door een universiteit, zodat de Kamer het vervolg kan krijgen. Ik ben zelf geen jurist; daarom vroeg ik het de landsadvocaat. De landsadvocaat was hier niet wankelmoedig in. Ik krijg vaak adviezen van een heleboel partijen en daar zit altijd een «enerzijds/anderzijds» in. In dit geval niet. Want zoals ik al zei: als ik een argument zie, zou ik het pakken. Ik ben namelijk echt ontzettend tegen goodwill. De LHV is er zelf ook heel erg op tegen, dus dat scheelt een stuk. Het is iets wat we met elkaar gewoon niet moeten willen. Deze weg moeten we niet op. We zijn ervanaf, we hebben er allemaal dingen voor geregeld en ik vind het heel erg om van jonge huisartsen te moeten horen dat er nog goodwill wordt gevraagd. Ik heb verzekeraars gevraagd om in hun contracten met huisartsen op te nemen dat er geen goodwill wordt betaald.
Zorgverzekeraars Nederland is momenteel bezig om te bekijken wat het daarvoor kan regelen in de contracten. Overigens hebben huisartsen die ooit een uitkering uit het goodwillfonds hebben gehad, zich gecommitteerd richting het fonds dat zij niet nog een keer goodwill kunnen vragen. Als een jonge huisarts het vermoeden heeft dat een huisarts een vergoeding heeft ontvangen uit het fonds en alsnog goodwill vraagt, kan

hij daarvan melding doen bij het goodwillfonds. Er is namelijk afgesproken dat dat niet gebeurt. En een dubbele vergoeding is dubbel onwenselijk. Ik heb ook de NZa verzocht om goodwill expliciet mee te nemen in de volgende kostenonderzoeken. Dat betekent dat de NZa het element van goodwill in de kostenopbouw van huisartsen zal uitvragen, om te bekijken of het niet in de tarieven wordt opgenomen. Dat is niet toegestaan. Ik heb natuurlijk ook de LHV gevraagd om zich uit te spreken tegen goodwill en het gesprek onder huisartsen hierover te stimuleren. Dit is vooralsnog in gang gezet, maar ik geef het voor ieder origineel ander idee uit de Kamer. Ik heb daar ook met partijen over gesproken: zien jullie nog mogelijkheden? Ik geef dit plan voor ieder goed idee, want ik ben er echt op tegen. Ik wil er ook best nog eens juridisch naar laten kijken, al heb ik daar niet echt aanleiding toe. We moeten ook voorkomen dat we op een pad raken dat nergens toe leidt.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik heb nog twee vragen over goodwill. Ten eerste. Begrijp ik goed dat de Minister zegt dat we het niet in een wet kunnen opschrijven? Ten tweede melden de zorgverzekeraars ons dat zij het niet kunnen oplossen: het is aan de politiek. De Minister zegt dat zij met de zorgverzekeraars gaat praten, dus dat is erg lastig. In het ziekenfonds kon je nog besluiten om dan geen contract af te sluiten. Is die route begaanbaar? Je moet natuurlijk wel een stok hebben om op te treden als dat nodig is.

Minister **Schippers**:
Dat laatste kan; dat is wel een begaanbare route. ZN is aan het bekijken wat er kan. Ook de NZa pakt het op en kijkt naar de situatie in de praktijk. Kijk, het EVRM gaat boven een wet, dus dat is het punt hier. Nogmaals: als er aanknopingspunten zijn, zijn wij zeer bereid om routes te beoordelen en te bekijken die door anderen worden aangedragen. Dat zeg ik ook tegen mensen die naar dit debat luisteren, hier toevallig heel veel van weten en wél een route weten. Ik ben ook zeer bereid om nogmaals naar nieuwe routes te laten kijken.

De heer **Van Gerven** (SP):
Het gaat natuurlijk ook over regulering van eigendom. Ik ben het met mevrouw Bruins Slot eens dat, ook gezien de jurisprudentie, de overheid een ruime marge heeft om bepaalde dingen toch te reguleren. Ik zou dus graag nader onderzoek zien op dat punt als dat nodig is, tenzij er praktische oplossingen zijn. Want als we het praktisch kunnen oplossen, heeft dat de voorkeur. Wanneer verwacht de Minister ons te kunnen berichten over het overleg met de zorgverzekeraars?

Minister **Schippers**:
Die doen momenteel onderzoek en ik weet niet wanneer zij daarmee klaar zijn. Ik zou bij hen moeten informeren wanneer zij daarmee klaar zijn. Dat kan ik dus zo niet zeggen. Ik kom daarop terug in een verzamelbrief als zij daarmee klaar zijn. Daarin zal ik verslag doen van het tijdpad dat zij daarvoor zien.
Ik ga nu in op de mondzorg. Zoals door een aantal sprekers al is gemeld, is destijds de tandarts uit het ziekenfondspakket gegaan. Zo lang is het dus al geleden. In 1995 heeft mijn voorganger dat gedaan. Er is tussentijds nog weleens discussie geweest over de vraag of het terug zou moeten. Steeds is de conclusie geweest om dat niet te doen. Wel zit de jongerenmondzorg erin, om jongeren niet alleen een goede start te geven, maar ook om het normaal te laten zijn dat je je gebit laat controleren en het goed verzorgt. Er zijn natuurlijk kwetsbare groepen, waarvan je je kunt afvragen of we daar niet extra aandacht voor moeten hebben. Maar moet je het voor iedereen in het zorgverzekeringspakket trekken omdat er kwetsbare groepen zijn? Of moeten we het voor kwetsbare groepen beter

regelen? De Staatssecretaris is bezig met een actieplan voor kwetsbare ouderen en mondzorg, om te bekijken hoe die beter georganiseerd kan worden. Ik denk dat dat een belangrijke doelgroep is om voor te bekijken hoe het beter kan.
Bij mensen met een lager inkomen zijn er over het algemeen mogelijkheden voor een gemeentelijke collectieve verzekering. Ik zal eens bespreken en bekijken in hoeverre de mondzorg zit in de gemeentelijke collectieve contracten. In hoeverre is die meegenomen? Het zou immers een enorme maatwerkoplossing zijn als gemeenten de mondzorg meeverzekeren in een collectief contract. Ik zal dat dus bij de VNG op de agenda zetten, ook om te bekijken welke maatwerkoplossingen zij misschien al heeft. Ik moet eerst inventariseren in hoeverre het al bestaat.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Ik heb toch ook het gevoel dat er in de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in tandzorg ook gedragselementen zitten die spelen op het hele gezondheidsdomein. Ik denk dat de gezondheid van mensen met een lage opleiding en een laag inkomen in algemene zin slechter is. Dat heeft heel vaak met gedragsaspecten te maken. We hebben eind deze maand een AO preventie. Zou de Minister zich voor dat AO kunnen voorbereiden op de vraag of je op het onderdeel gedragsbeïnvloeding ook wat zou kunnen doen? Kan er dus niet alleen langs de financiële lijn maar ook langs de gedragslijn een aanpak komen? Tot 18 jaar zit het immers gewoon in het pakket; dat zegt de Minister terecht.

Minister **Schippers**:
En als land doen we het heel goed. Ik wil ook niet de inspanningen bagatelliseren van al die mensen die daarvoor zorgen. Het gaat eigenlijk heel goed. We zouden bijvoorbeeld kunnen kijken bij de thuiszorg of bij andere aangrijpingspunten. Ik zou eens moeten bedenken welke dat kunnen zijn, want deze mensen zijn niet in het zicht van hun tandarts, omdat ze daar niet naartoe gaan. Ze zijn misschien in het zicht van andere zorgverleners. In het plan van aanpak kwetsbare ouderen wordt daar ook naar gekeken, juist via andere routes. Ik zal eens nadenken over de routes die we zouden moeten bekijken.

De **voorzitter**:
Afrondend, mevrouw Wolbert.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Ik vraag dit omdat het zo bijzonder is dat er tot en met 18 jaar wel een soort tandartstrouw is. Daarna schijnt die af te nemen. We hebben hele generaties met fluorgave gebitten laten opgroeien, en nog breekt het juist af op de attitude, op kennis en op gewoontegedrag. Ik denk dat er enorme winst is te behalen als we precies op dat aspect niet anderen inzetten om deze groep mensen te bereiken, maar zelf iets te doen in de sfeer van gedragsbeïnvloeding. Dat is hartstikke moeilijk; dat weet ik. Ik ben benieuwd of de Minister daar experts voor zou kunnen vragen: kijk er eens naar; kunnen we langs die lijn het effect verdubbelen?

Minister **Schippers**:
Van de 75-plussers gaat 50% niet meer naar de tandarts. Van 75-minners gaat toch 90%. Dat is eigenlijk een heel hoge score. We proberen met het plan van aanpak in ieder geval één groep af te vangen, namelijk de kwetsbare ouderen. Voor die groep is het ook het hardst nodig. Dat plan wordt gefaciliteerd door ons en komt voor de zomer. Dat is één aspect. Voor het andere aspect denk je toch algauw aan gedragsbeïnvloeding. Je moet er ook achter komen dat iemand het niet doet. Ik ben zelf mee geweest met een tandarts. Er worden overal poetslessen op school gegeven. Er wordt dus echt wel moeite gedaan om het er goed in te

krijgen bij kinderen. Dat is ongelofelijk lastig. Ik had daarover vorige week nog een gesprek met een tandarts. In een bepaalde fase is het ontzettend lastig om kinderen hun tanden te laten poetsen. Voor de ouderengroep hebben we beleid gemaakt. Voor de andere groep zou ik het aangrijpingspunt nog eens moeten bedenken om dat te doen. We zitten daar echter op 90%, dus het is nog niet zo slecht, zo zeg ik ter nuancering.
Is er bij de tandartstarieven meer ruimte mogelijk voor experimenteren naar analogie van segment 3 voor de huisartsenzorg? Dan denken wij bijvoorbeeld aan prestaties gericht op ouderen. Veel ouderen gaan niet naar de tandarts of de mondhygiënist. Je kunt ook aan andere dingen denken, waarbij ik wil voorkomen dat we een soort substitutie krijgen naar bepaalde materiaalsoorten die veel duurder zijn, waar de patiënt minder aan hecht. We moeten echter de innovatie in de tandheelkunde niet belemmeren. Ik heb daarover al eens gesproken met de tandartsen. Het lastige is dat de tandartsen een beetje in een splitsing zijn geraakt. Als je de ene vereniging mee hebt, heb je nog niet de andere vereniging mee. Ik wil echter met de tandartsen en de mondhygiënisten bekijken of het aan de orde is om ruimte te maken, en waar we die ruimte dan specifiek voor nodig zouden hebben.

De heer **Rutte** (VVD):
Ik ben heel blij met die toezegging, hoewel de Minister wel aangeeft dat ze niet wil dat er geïnvesteerd wordt in allerhande veel duurdere materialen waar de patiënt niks aan heeft. Zou het gesprek wel zo vrij kunnen zijn dat in ieder geval gekeken wordt naar de ruimte buiten het geprotocolleerde deel als er innovaties mogelijk zijn waar patiënten wel van kunnen profiteren? Dat zou wel degelijk materiaalgebruik kunnen zijn, maar ook andere dingen. Zo kunnen we innovaties mogelijk maken in de mondzorg, iets wat in het buitenland op dit moment makkelijker mogelijk is dan in Nederland. Daar zit mijn zorg.

Minister **Schippers**:
Ik herken dat ook. Ik heb dat gesprek een jaar geleden ook gevoerd, maar mede door de spanningen in de beroepsgroep zelf is dat gesprek nog niet echt gaan vliegen. Ik zal het opnieuw oppakken.

De **voorzitter**:
Afrondend, de heer Rutte.

De heer **Rutte** (VVD):
Zou het de innovatie die de beroepsgroep zo graag wil, ten goede komen als de beroepsgroep de handen wat meer ineen zou slaan? Dat zou een helder signaal zijn naar de beroepsgroep zelf. Of is dat te makkelijk gezegd?

Minister **Schippers**:
Ik wil in overleg met hen gezamenlijk. Dan zullen we bekijken hoever we komen met dit onderwerp.
Mijn volgende punt betreft de tolken. Mensen die in Nederland komen en op een gegeven moment een status krijgen, beheersen de Nederlandse taal slecht en de Engelse vaak ook. Tot 1 januari 2012 bestond daar een vergoeding voor. Die is destijds afgeschaft omdat door allerlei regelingen waardoor men tolken kon gebruiken, de noodzaak om de Nederlandse taal te leren te weinig aanwezig was. Daardoor werden ook allerlei andere emancipatiedingen belemmerd, zoals het vinden van werk en het vinden van je plekje. Op een gegeven moment is ook gezegd: als je in Nederland verblijft, moet je de Nederlandse taal leren. Dat is ook onderdeel van de inburgering. We hebben daar wel uitzonderingen op gemaakt. Die betreffen asielzoekers in een asielzoekerscentrum, cliënten van vrouwenopvang en slachtoffers van mensenhandel. Dit is de argumentatie

geweest om destijds de tolkenregeling te veranderen. Op dit moment doet NIVEL in opdracht van de KNMG onderzoek om zo nauwkeurig mogelijk te bepalen en af te bakenen in welke situaties en onder welke omstandigheden een professionele tolk in de zorg noodzakelijk is en er geen alternatieven mogelijk zijn. Als dat onderzoek er is, zal ik dat bestuderen en zal ik bekijken of er aanleiding is om daarmee iets te doen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik vind zelfs dat asielzoekers vanaf dag één al Nederlands zouden moeten leren, maar de praktijk is helaas anders. Dat betekent dat huisartsen te maken kunnen krijgen met mensen die geen Nederlands spreken. Ik hoorde op de radio dat er half februari een gesprek is geweest met de LHV en VWS over wat te doen met het grote aantal asielzoekers dat naar Nederland komt en een beroep doet op huisartsenzorg. Ik zou ook graag willen weten wat daaruit is gekomen.

Minister **Schippers**:
Er zijn allerlei gesprekken geweest om te bekijken welke impact de enorme toename van het aantal vluchtelingen zal hebben op de zorg en waarop wij ons moeten voorbereiden. Dat is evident. Het is maar goed ook dat we die gesprekken hebben. De tolk is natuurlijk altijd een discussiepunt geweest, ook in de Kamer. Naar aanleiding daarvan heeft de KNMG ook gezegd: wij zullen het onderzoek uitzetten om te pinpointen waar het echt noodzakelijk is en je geen alternatief hebt. Dat is nu klaar, of bijna klaar, in conceptversie, zo heb ik begrepen. Dat zal dus niet al te lang op zich laten wachten. Ik kijk ernaar uit om te bekijken of ik daar de logica van inzie. Dat weet ik niet. Ik heb het rapport zelf nog niet gezien.

De **voorzitter**:
Afrondend.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Dan ben ik benieuwd wanneer wij dat rapport over de tolken kunnen ontvangen. Dat overleg waarnaar ik zonet vroeg, was overigens niet zomaar een overleg. Ik hoorde op de radio dat er spoedoverleg gaande was tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Ministerie van VWS over het omgaan met het toenemende aantal asielzoekers, dat een beroep doet op huisartsenzorg. Ik zou daarover dus graag geïnformeerd worden.

Minister **Schippers**:
Ik heb dat zelf ook gehoord. Toen heb ik gezegd: jongens, is er spoedoverleg; wat leuk dat ik het ook weet. Toen bleek het een regulier overleg te zijn, waar wel een agendapunt was over asielzoekers, bekostiging et cetera. We hebben dat ook laten onderzoeken: wat is de impact van deze asielstroom op Wmo, op ggz en op jeugdzorg? Dat is evident. Ten aanzien van de tolken hebben we het KNMG-onderzoek. Mevrouw Voortman vraagt wanneer de Kamer dat krijgt. Zodra ik het krijg, zal ik het doorsturen. Ik heb het nog niet gekregen. Als ik het rapport binnenkrijg in definitieve vorm, zal ik het de Kamer per direct doorsturen. De Kamer krijgt dan uiteraard nog niet mijn visie erop, want die moet ik dan nog even schrijven.
De Staatssecretaris is gevraagd om een reactie op het bericht dat er wachtlijsten zijn voor casemanagers dementie. Ook is gevraagd naar de stand van zaken rond een aparte aanspraak voor de casemanager. Ik lees hier dat de reactie van de Staatssecretaris daarop in april zal komen.
Wil ik de pilot Verpleegkundige Topzorg Noord-Nederland ondersteunen, de samenwerking tussen verzekeraar en het UMCG om de wondzorg samen op te pakken? Ik ben bekend met het initiatief. Het is ook ontzettend positief wat daar gebeurt. Ik heb begrepen dat er goed contact

is met de verzekeraar. Ik denk dat dat ook de manier is waarop innovatie het best kan plaatsvinden: in de samenwerking tussen alle betrokken partijen, dus de verzekeraar en de aanbieders. Ik ben dus benieuwd naar de ontwikkeling van deze pilot. Wij zijn erin geïnteresseerd, maar wij zijn geen partij.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Dat gaat op zich goed, maar mijn vraag ging om het volgende. Het project betreft specialistische verpleegkundigen. Het wordt nu met name toegespitst op de heel moeilijke wondzorg. Aan deze verpleegkundigen, die zich buiten het ziekenhuis organiseren, wordt gevraagd om aan te tonen dat het ook echt een grote besparing oplevert, zodat ook anderen hierin geïnteresseerd raken en dit kan worden ingekocht op bredere schaal. Zij moeten wetenschappelijk onderzoek doen om dat te kunnen aantonen. Om dat onderzoek te kunnen doen, heb je wat geld nodig om te kunnen aantonen dat je geld bespaart. Dat is altijd het lastige van dit soort zaken. Kan de Minister hierin iets betekenen?

Minister **Schippers**:
Onze informatie is dat de pilot loopt en dat de verzekeraar die ondersteunt. Pas gedurende de pilot kun je zien wat iets oplevert en wat iets kost. Mij is niets bekend van problemen bij onderzoek, maar als mevrouw Dijkstra mij daar informatie over geeft, kunnen we daar nader naar kijken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik zal dat de Minister doen toekomen.

Minister **Schippers**:
Tot slot. Ik zou in tweede termijn terugkomen op de vraag wanneer ik de Kamer kan informeren over de budgetpolis en de contractering van internetapotheken. De NZa zal de eerste resultaten voor de zomer opleveren.

De **voorzitter**:
Daarmee is een eind gekomen aan de beantwoording door de Minister in eerste termijn. Is er bij de leden behoefte aan een tweede termijn? Dat is het geval. Dan starten we met een korte tweede termijn.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden in eerste termijn. Ik constateer dat de Minister stevig inzet op een sterke, integrale eerste lijn en op substitutie. Ik ben daar blij mee. Eigenlijk staat de lijn helemaal niet meer ter discussie en gaat het nu vooral over de vraag hoe we alle praktische obstakels in de praktijk tackelen. Ik zie dat de Minister daar heel actief in is en daar ben ik blij mee. Het is fijn dat de monitor over de pilots en experimenten wat naar voren is gehaald, zodat we dat ook kunnen volgen.
Ik ga nu wederom in op de huisartsen. De Minister vergist zich als ze zegt dat haar handen gebonden zijn omdat het onder de rechter is. Naar mijn informatie loopt er gewoon een bezwaarprocedure op VWS. Ik heb ook het advies van het CIBG daarover gezien. Eigenlijk is de conclusie dat het CIBG alle bezwaren van de huisartsen in Annen ongegrond verklaart. Het CIBG gaat wederom alleen in op het openbaarvervoercriterium, waarover de Minister zegt dat er veel jurisprudentie is. Dat is natuurlijk zo, maar er is ruimte om naast het criterium van het openbaar vervoer ook andere criteria aan te voeren. Ik geef de Minister mee om dat in overweging te nemen. Het is goed dat ze nog eens een impactanalyse doet, maar zij heeft ruimte om naast het openbaarvervoercriterium een ander criterium te hanteren. Ze heeft die ruimte nu nog, want het is niet onder de rechter. Dat zal waarschijnlijk na volgende week wel het geval zijn, omdat het

CIBG in zijn advies de bezwaren al ongegrond heeft verklaard. Ik wil de Kamer dus om een uitspraak vragen. Ik zal een VAO aanvragen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Voorzitter. Ten aanzien van de tolkenvergoeding wachten wij het onderzoek van het NIVEL af. Ik heb nu volgens mij drie keer gevraagd wat er nou in dat overleg tussen de huisartsen en het Ministerie van VWS is besproken over het toegenomen aantal asielzoekers. Welke maatregelen zijn nodig om de zorg voor deze mensen goed te laten verlopen? Zou de Minister dat alsnog in tweede termijn willen vertellen of ons anders schriftelijk daarover willen informeren?
Ik vind het goed dat de Minister de NZa laat kijken naar de gevolgen van budgetpolissen: worden de mensen met zo'n polis alleen nog naar internetapotheken verwezen? Het mens-tot-menscontact is inderdaad cruciaal. Wij zeggen hier ook allemaal dat de apotheker meer is dan een doosjesschuiver. Dan zouden we toch niet moeten willen dat mensen alleen zijn aangewezen op een apotheker met wie je dat directe contact niet kunt hebben? Ik vind de keuzevrijheid op zichzelf al heel belangrijk. Dus deelt de Minister de mening van GroenLinks dat je zelf je apotheker zou moeten kunnen kiezen, ook als je een budgetpolis hebt?
Over de rol van andere zorgverleners zegt de Minister dat delen van het huisartsenakkoord ook van toepassing zijn op andere eerstelijnszorgverleners. Zij zijn daar natuurlijk niet bij betrokken geweest. Bovendien gaf ook Zorgverzekeraars Nederland aan dat het goed is om ook akkoorden met de andere zorgverleners uit de eerste lijn af te sluiten. Ik wil dus van de Minister weten of zij bereid is om zich ook daarvoor in te zetten.

De heer **Van Gerven** (SP):
Voorzitter. Ik heb nog een drietal punten. Ik begin met de praktijkondersteuner huisarts ggz. Wil de Minister nog eens ingaan op de signalen dat zorgverzekeraars huisartsen geen toestemming geven om een fulltime POH-ggz te contracteren als zij dat willen? Klopt dat verhaal, ja of nee?
Mijn tweede punt betreft de tandarts in het pakket en de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Volgens een peiling van Metro vindt 93% dat de tandarts terug moet in het pakket. Is de Minister bereid om in kaart te brengen wat dat zou kosten? Waar hebben we het dan over? Ik denk dat het goed is voor de discussie om zicht te hebben op de kosten als die zorg inderdaad in het pakket komt.
Tot slot kom ik op de goodwill. De Minister komt daarop terug na het overleg met de zorgverzekeraars. Ik zou zeggen: geen contract als je om goodwill vraagt dan wel goodwill hebt geaccepteerd. Wil de Minister die laatste suggestie ook meenemen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Voorzitter. Ik kan heel kort zijn. Ik dank de Minister voor de antwoorden. Ik weet dat de Minister er alles aan wil doen om goodwill te voorkomen en tegen te gaan. Ik bespeur dat ook nu weer. De Minister verwijst nu naar de verzekeraars. Op welke manier zouden zij dat moeten uitvoeren? Maar goed, daarover is overleg gaande met ZN. Dat doet daar onderzoek naar, dus ik vrees dat ik nog even geduld moet hebben.
Wat betreft de tandartsenzorg is het heel goed om te horen dat de Minister naar de optie kijkt om in de gemeentelijke collectieve verzekeringen met name naar de kwetsbare groepen te kijken. Daar moeten we ons inderdaad op richten, want daar gaat het om.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden. De antwoorden over de apotheekhoudende huisartsen in Annen en Arkel klinken wel een beetje als Kafka. We voelen allemaal dat we eigenlijk een praktische oplossing willen hebben om mensen goede zorg in de buurt te bieden,

met een zorgverlener die dicht bij de mensen staat. De vraag is nu hoe we binnen de grenzen van de wet een goede, praktische oplossing vinden. Dingen als bezorgdiensten en internetapotheken zijn een stap terug in vergelijking met een persoonlijke zorgverlener die je kent, die je vertrouwt, met wie je het gesprek kan aangaan en die bij jou in de buurt woont. Ik ben dus benieuwd naar de motie van mevrouw Wolbert, maar ik doe wel de oproep aan de Minister om toch te bekijken wat er mogelijk is binnen haar reikwijdte.
De Minister is heel duidelijk in haar standpunten over goodwill. Dat waardeert het CDA. Het is een slecht idee; daar is het CDA het mee eens. Ik snap dat de Minister het advies van de landsadvocaat in dit geval niet openbaar wil maken, maar wil zij het wel vertrouwelijk ter inzage leggen? Dat gebeurt vaker in de Kamer met adviezen van de landsadvocaat, bijvoorbeeld rond de Fyra. De Minister heeft namelijk gezegd: als u een ander juridisch advies wilt hebben, wil ik dat misschien wel doen, maar waarschijnlijk is dat overbodig omdat het advies van de landsadvocaat zo stevig is. Misschien kan zij het dus vertrouwelijk ter inzage leggen. Dan kunnen we dat nog wegen voor het VAO.
Ik heb nog één vraag, voorzitter, want ik zie u al reiken naar de microfoon. Die vraag gaat over de Good Contracting Practices, de goede contracteerprincipes. Dat is een herenakkoord. Het is geen wet, maar een afspraak. We hebben op 29 juni 2015 van de Nederlandse Zorgautoriteit een brief gekregen waarin zij schrijft dat zij momenteel bekijkt welke van de huidige Good Contracting Practices voor de eerstelijnszorg omgezet kunnen worden in bindende regels voor het zorginkoopproces, die zullen gelden voor de gehele Zorgverzekeringswet. Wat is de stand van zaken daarvan? Welke stappen worden daarin genomen?

De heer **Rutte** (VVD):
Voorzitter. Het is ontzettend goed om te horen dat er bij de Kamer en de Minister zo veel eendrachtigheid is over het belang van een sterke eerstelijnszorg, met name in een vergrijzende populatie met steeds meer kwetsbare ouderen. Die ouderen moeten dicht bij huis kunnen worden geholpen, met goede zorg. Natuurlijk, als het echt niet anders kan moeten zij worden verwezen naar een ziekenhuis, maar bij voorkeur worden ze dicht bij huis geholpen, met een – het klinkt wat vreemd – heel stevige, gespecialiseerde generalistische zorg. De Minister zet daarop in en de Kamer wil dat ook. Dat is heel goed. Het is ook goed om te horen dat de Minister echt oog heeft voor het versterken van de eerstelijnsverblijven en het geven van een plek aan de specialist ouderengeneeskunde. De adviezen daarover wachten wij af, maar het is al duidelijk welke kant het opgaat: de goede kant. Veel dank daarvoor.
Ook dank voor de inzet van de Minister om substitutie vorm te geven en de substitutiemonitor fors te versterken. Als we hier volgend jaar weer met elkaar zitten, kunnen we waarschijnlijk concluderen dat de bedragen die verschoven zijn van de tweede naar de eerste lijn, veel groter zijn dan de 25 miljoen die nu worden benoemd. Dat is heel goed.
Tot slot een woord van dank aan de Minister omdat zij bereid is om het gesprek aan te gaan met de mondzorgorganisaties, ook al zijn die op dit moment nog verdeeld, om ervoor te zorgen dat innovatie in de mondzorg in Nederland mogelijk blijft en waar mogelijk wordt versterkt.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber heeft zich verontschuldigd vanwege een andere afspraak. Hiermee zijn we dus gekomen aan het eind van de tweede termijn van de Kamer.

Minister **Schippers**:
Voorzitter. Mevrouw Wolbert zei dat ik de monitoring van de pilot naar voren heb gehaald. Dat is niet zo. Die monitor van het RIVM komt echt aan het einde, dus in 2018. Aan het eind van dit jaar geef ik een tussenstand.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Ja.

Minister **Schippers**:
Ik zeg dat even voordat iedereen in paniek raakt en denkt: nou moeten we de eindevaluatie naar voren halen. Nee, het is een tussenstand die ik de Kamer meld.
Ik kom op het punt van de apotheekhoudende huisarts. Als ik zeg dat iets onder de rechter is, betekent dat dat erover geoordeeld wordt door een onafhankelijk instituut. Ik oordeel als wetgever, als regelmaker, niet in een zaak tussen twee partijen die het niet eens zijn over de toepassing van een regel. Gelukkig maar, zou ik bijna zeggen. Dat hebben we in Nederland heel netjes gescheiden van de politiek. Dat wordt onafhankelijk gedaan. Ik kan op basis van de criteria die nu worden toegepast, zoals het openbaarvervoercriterium, niet zomaar nieuwe dingen inbrengen zonder een impactassessment. Ik moet eerst bekijken of ik dat er zomaar kan inbrengen, of het via een regeling moet en of ik het op de praktijk doe of het bij de patiënt houd. Ik begrijp dat mevrouw Wolbert moties wil indienen. Ik wacht die af. Ik kan wel aangeven dat ik echt niet van plan ben om dingen te doen zonder de impact daarvan te kennen op de Nederlandse zorg. Dit is een situatie die in heel veel plaatsen speelt. Het speelt nu in twee plaatsen op, maar ik zal daar toch objectieve elementen in moeten brengen. Ik kan niet omdat dit nu de aandacht heeft van de politiek, zeggen: in deze gemeente doen we het zo. Dan kan een andere gemeente, met een andere praktijk, zeggen: dan wil ik dat ook op die manier. We zijn een eind in het bekijken wat de mogelijkheden zijn. Nu wil ik weten wat de impact zal zijn als we een van die mogelijkheden uitwerken.
Mevrouw Voortman vroeg wat het onderwerp is geweest van het gesprek op het departement. Het belangrijkste onderwerp was de onduidelijkheid over de vraag bij wie een huisarts de geleverde zorg mag declareren, met name voor die asielzoekers die in het gemeentelijke versnellingsarrangement zitten. Afgesproken is dat wij een factsheet ontwikkelen die voor alle huisartsen duidelijkheid schept over de plek waar ze de zorg kunnen declareren. De factsheet wordt op dit moment afgestemd met gemeenten en de LHV. Die zal zo snel mogelijk, maar uiterlijk eind april, beschikbaar worden voor de huisartsen. Daarover ging dus het gesprek van die ochtend.
Ik ga nu in op de internetapotheken. Een apotheek moet uitleg kunnen geven aan een patiënt over het gebruik van een medisch hulpmiddel, bijvoorbeeld een astmakapje. Een budgetpolis waarin zou staan «u hebt alleen recht op internetapotheekzorg», is dus niet conform de zorgplicht. De NZa zal mede naar aanleiding van het verzoek van vandaag goed kijken naar deze contracten en dat aan mij terugkoppelen.
Delen van het huisartsenakkoord zijn ook van toepassing op andere zorgverleners. Ja, maar we hebben niet gezegd: ze zijn van toepassing maar we doen er verder niks mee. Nee, we hebben ook uitgelegd wat het betekent voor andere zorgverleners. Ook zijn wij betrokken bij het vervolgtraject met de rest van de eerste lijn. Het is dus niet zo dat wij ons er niet tegenaan bemoeien. Wij bemoeien ons er in die zin tegenaan dat wij bij de overleggen zijn die gaan over het traject dat nu met de rest van de eerste lijn wordt gelopen. Ik ben dus wel degelijk betrokken bij wat er is gebeurd bij de huisartsen: hoe kunnen wij dat ook voor de rest van de eerste lijn op hun manier en op hun vlak een vertaling geven?

Ik kom op de POH-ggz. Er zijn signalen dat verzekeraars niet fulltime bij iedereen willen contracteren. Ik neem aan dat verzekeraars contracteren wat nodig is en dat er bij de contractering van verzekeraars dus wel degelijk wordt bekeken welke praktijken hoeveel nodig hebben. Dan kan het zijn dat bij de ene praktijk meer dan fulltime nodig is en bij de andere minder. Dat is het maatwerk; zo zit ons systeem ook in elkaar.
Mijn volgende punt is het terugbrengen van de tandarts in het pakket. Daar ben ik geen voorstander van. Als iets niet goed loopt bij een kleine groep mensen, vind ik dat je maatwerk moet leveren en voor die groep mensen moet bekijken of je het kunt oplossen. Dat wil ik ook doen via het actieplan kwetsbare mensen en tandheelkunde en via de gesprekken met de VNG: is er voor mensen met een laag inkomen voldoende geregeld in de collectieve contracten? Ik ben dus niet voornemens om tandheelkunde terug op te nemen in het pakket. Sterker nog: ik heb de opdracht vanuit het regeerakkoord om daadwerkelijk te bekijken of alles wat in het pakket zit wel daarin hoort en of ik daar nog in ieder geval 225 miljoen uit kan halen.
Het is inderdaad de inzet dat de verzekeraars geen contract afsluiten als goodwill gevraagd of geaccepteerd wordt. Dat zou ook mijn inzet zijn en daar kijkt Zorgverzekeraars Nederland ook naar.

De heer **Van Gerven** (SP):
Het standpunt van de Minister met betrekking tot de tandarts in het pakket is bekend, maar mijn vraag was of zij de kosten in beeld wil brengen in het geval dat een meerderheid van de politiek die 93% van de Metrolezers zou willen volgen.

Minister **Schippers**:
Dan ligt het eraan wat je in het pakket haalt. Haal je de controle in het pakket of haal je ook de behandeling in het pakket? Haal je dan alleen kiezen trekken in het pakket of doe je ook vullingen? Mondzorg is niet één ding. De omvang van de kosten is afhankelijk van de omvang van wat je in het pakket wilt doen.

De **voorzitter**:
De heer Van Gerven, afrondend.

De heer **Van Gerven** (SP):
Dat begrijp ik, maar het zou al een goede start zijn om de tandzorg voor kinderen die nu in het pakket zit, door te trekken naar de hele bevolking. Wat zou dat kosten? Dan hebben we in ieder geval een beeld van waar we het over hebben. Is de Minister bereid om dat te doen?

Minister **Schippers**:
Hebt u dat ook gevraagd aan Zorgkeuzes in Kaart? Hebt u dat daar al laten doorberekenen? Kunt u zich dat herinneren?

De heer **Van Gerven** (SP):
Nee, dat is niet expliciet doorgerekend.

Minister **Schippers**:
Want ik weet niet hoe ingewikkeld het is. Ik denk dat het CPB dat moet doorrekenen. Kijk, als het niet ingewikkeld is, wil ik u die dienst best bewijzen, want dan kunt u in uw volgende verkiezingsprogramma opnemen hoeveel het kost, om het plaatje rond te krijgen.

De **voorzitter**:
De heer Van Gerven, echt afrondend.

De heer **Van Gerven** (SP):
Het scheelt een motie, en ik denk dat het CPB dat de Minister kan leveren. Ik heb veel discussies met het CPB en dat moet die cijfers hebben.

Minister **Schippers**:
Dan had u ze ook kunnen opvragen!

De heer **Van Gerven** (SP):
Lees het plan De zorg is van ons. Daar staan bepaalde berekeningen in. Daarin staat het geaggregeerd en niet geïndividualiseerd, want wij willen meer dingen terug in het pakket. Ik denk dat het beter is als de berekening echt van de Minister komt. Dan is het een berekening waar niet het stempel van één partij op zit maar die vanuit het ministerie komt.

Minister **Schippers**:
Ik wil best aan het CPB vragen of het dat kan weergeven. Ik teken daar expliciet bij aan dat ik het niet ga doen. Dat heb ik ook gezegd bij een aantal andere dingen die ik onderzoek voor deze Kamer, zoals het niet van toepassing laten zijn van de Mededingingswet op de eerste lijn.

De heer **Van Gerven** (SP):
Nee, nee.

Minister **Schippers**:
Dat u het even weet.

Ik was gebleven bij de goodwill in de contractering van verzekeraars. De heer Van Gerven en mevrouw Dijkstra vroegen daarnaar. Dat zou dan een eis in de contractering moeten zijn. Daar wordt ook naar gekeken.
Kan ik de conclusie over de goodwill ter inzage leggen? Ik vind dat prima. Ik moet even checken wat het kabinetsbeleid is. Ik vind dat altijd lastig, omdat ik niet allerlei regels wil overtreden, maar het is een juridische analyse die ik met alle liefde ter inzage leg in de Kamer.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Dank voor deze toezegging. Ik heb nog even bekeken of we de laatste tijd nog adviezen van de landsadvocaat vertrouwelijk ter inzage hebben gekregen. Dat is wel het geval, dus ik heb goede hoop dat het gewoon kan.

Minister **Schippers**:
Dan kom ik op de goede contracteerpraktijk. Die is per 1 januari 2016 ingegaan als bindende regel. Het is dus door de NZa omgezet en inmiddels tot regel geworden.

De **voorzitter**:
Ik heb de heer Van Gerven de gelegenheid gegeven om een motie te voorkomen, maar mevrouw Wolbert gaf ook aan dat ze nog een vraag wil stellen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Ja, ik vraag de Minister nog of zij voor ons op papier kan zetten op welke punten ze de impactanalyse laat uitvoeren. Dat lijkt mij belangrijk. Ik laat het VAO even staan, maar als ik een goede beschrijving krijg met een fasering, zal ik bekijken of ik het VAO handhaaf of dat we eerst even deze slag afwachten.

Minister **Schippers**:
Ja, dat is niet moeilijk. Dat hebben we, dus dat is een kwestie van even in briefvorm gieten.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Prima. Dan laat ik vervolgens weten wat ik doe.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Daarmee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de regering. Er is een hele lijst met toezeggingen, die ik met u ga doornemen.

– Voor de zomer ontvangt de Kamer informatie over ervaringen van de praktijkteams Zorg Op de Juiste Plek over het eerste halfjaar.
– Voor de zomer ontvangt de Kamer een impactanalyse ter oplossing van de problematiek dat mensen niet terechtkunnen bij de apotheekhoudende huisarts in het eigen dorp. Daar komt de brief bij over de impactanalyse waarom zojuist door mevrouw Wolbert is gevraagd.
– In april wordt de Kamer erover bericht of de overheveling van het eerstelijnsverblijf naar de Zorgverzekeringswet daadwerkelijk per 1 januari 2017 kan plaatsvinden.
– Eind 2016 ontvangt de Kamer een tussenstand van de proeftuinen Betere zorg met minder kosten.
– Volgende maand ontvangt de Kamer informatie over de geschillencommissie bij contracteringen.
– Over niet al te lange tijd zal de beantwoording van de vragen over logopedie aan de Kamer worden toegezonden.
– Voor de zomer ontvangt de Kamer een reactie van de NZa-signalering nieuwe dienstverlening in de huisartsenzorg.
– De Kamer ontvangt snel een rapport van het Zorginstituut Nederland met een integrale visie op fysiotherapie in de Zorgverzekeringswet. Die volgt na de zomer.
– In een verzamelbrief wordt de Kamer bericht over het onderzoek van Zorgverzekeraars Nederland naar het tegengaan van goodwill.
– Voor de zomer ontvangt de Kamer via de Staatssecretaris het plan van aanpak voor kwetsbare ouderen en mondzorg.
– De Kamer wordt bericht over het overleg met betrokken organisaties over innovaties in de mondzorg.
– De Kamer wordt het NIVEL-rapport over de tolkenvoorziening voor asielzoekers toegezonden. Later volgt het kabinetsstandpunt.
– In april zal de Kamer via de Staatssecretaris worden geïnformeerd over het casemanagement dementie.
– In april ontvangt de Kamer een NZa-rapport over budgetpolissen en contractering van internetapotheken.

Minister **Schippers**:
Dat is voor de zomer.

De **voorzitter**:
In april, staat hier, maar het is dus voor de zomer.

– Het advies van de landsadvocaat over het wettelijk verbieden van goodwill zal vertrouwelijk ter inzage worden gelegd voor de Kamer, met de opmerkingen die de Minister daaraan heeft toegevoegd.
– Het CPB zal worden gevraagd naar de kosten van het opnemen van tandzorg in het basispakket. Ook daar zal de Minister een opmerking bij maken.

Mevrouw Wolbert heeft een VAO aangevraagd. Ik stel voor dat we dat doorgeleiden naar de plenaire zaal, maar het pas inplannen als de brief ontvangen is. Mevrouw Wolbert laat tijdig weten of het VAO van de agenda af kan of niet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
En we bekijken ook eerst het advies van de landsadvocaat.

De **voorzitter**:
En het advies van de landsadvocaat. Dat zijn de twee zaken die eerst moeten gebeuren, voordat het VAO wordt ingepland.

Ik dank u allen zeer voor uw aanwezigheid. Ik dank ook de Minister voor haar aanwezigheid en haar inbreng, net als de ambtelijke ondersteuning, de Kamerleden en de mensen die het debat hebben gevolgd.

Sluiting 12.55 uur.